

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD NTC GP 1000:2004 PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

SONIA JOHANA SANTAMARIA OLARTE

ID: 68989

CLARA MARIA VARGAS JIMÉNEZ

ID: 69966

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA Y ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA**

2009

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD NTC GP 1000:2004 PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

SONIA JOHANA SANTAMARIA OLARTE

ID: 68989

CLARA MARIA VARGAS JIMÉNEZ

ID: 69966

Director:

LIC. EDWIN DUGARTE PEÑA

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA Y ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA**

2009

DEDICATORIA

Este trabajo es la culminación de mi carrera y requisito para optar al título de Ingeniera Industrial, trabajo que he realizado con mucho entusiasmo y dedicación y con la ayuda invaluable de muchas personas.

Primero doy gracias Dios por permitirme alcanzar este primer peldaño en mi carrera profesional, después a mi madre, soporte invaluable de mi existencia a quien le dedico muy especialmente este trabajo por su entrega y colaboración.

A mi Hermano, quien desde su Escuela Naval fue y sigue siendo mi compinche incondicional.

A mi Padre por su tolerancia y consejos.

A todo el personal de la Oficina de Calidad del Hospital Universitario de Santander por su colaboración en el transcurso del proyecto de grado y exitosa finalización del mismo, muy especialmente a la Dra. Sandra Ochoa y la Ingeniera Mayerly Ramos, las cuales fueron ejemplo a seguir durante el transcurso del proyecto.

..... Sonia Santamaría Olarte

DEDICATORIA

Mi Proyecto de Grado quiero dedicarlo primero que todo a ti Dios que me diste la oportunidad de vivir, de regalarme una familia maravillosa y durante toda mi carrera rodearme de buenas personas.

Agradezco enormemente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias papi y gracias mami por brindarme una carrera para mi futuro, por el apoyo incondicional y sobre todo por creer en mí, hoy quiero decirles una vez más que los amo y que este trabajo que me llevó casi un año hacerlo es para ustedes. A mi hermana Vivis y mi hermanito consentido Gersin, gracias por estar conmigo, y soportar mi malgenio en algunas ocasiones, los quiero mucho y saben que cuentan conmigo.

Al resto de mi familia, quisiera nombrarlos a todos pero son muchos, hoy también les quiero decir que muchas gracias por todo, los quiero.

A mis amigos de la universidad Cristiano, Silvis, Liz, Vonchi y mi dorita divina, infinitas gracias por estar conmigo en todo este tiempo, donde he vivido momentos inolvidables, gracias por ser verdaderos amigos y recuerden que siempre los llevare en mi corazón. Al resto de mis amigazos Alex, Fidos, Rafa, Viki, Fabis N y mi chuequita divinita Paito, gracias por estar conmigo y contagiarme de su alegría en los momentos de estrés, pues todo no es estudio y trabajo, los adoro demasiado.

A mis Profesores también muchas gracias por brindarme sus conocimientos y enseñanzas de vida.

A los integrantes de la oficina de calidad de la ESE HUS y a ti Sonia lo logramos!!! Muchas gracias por el apoyo y por la paciencia en el transcurso de la práctica, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí esta nuestro fruto.

.....Clara María Vargas Jiménez

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	16
2. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	20
3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	21
4. ANTECEDENTES	22
5. JUSTIFICACIÓN	25
6. OBJETIVOS	27
6.1 OBJETIVO GENERAL	27
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
7. MARCO TEÓRICO	28
8. DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	34
8.1 DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.	34
8.1.1 HERRAMIENTA PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO.	34
8.1.3 DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC GP 1000-2004.	49
8.1.4 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA NORMA NTC GP 1000 – 2004.	51
9. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD	57
9.1 PROPÓSITOS PRINCIPALES DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA	58
9.2 DISEÑO DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	59
9.3. DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NTC GP1000:2004	64
9.4. DISEÑO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NTC GP1000:2004	67

10. DOCUMENTACIÓN.	69
10.1. METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN.	69
10.1.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.	70
10.1.2 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN.	70
10.1.2.1 CONDICIONES GENERALES DE LA DOCUMENTACIÓN. TODA LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SE IDENTIFICARÁ BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:	71
10.1.3. CREACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	75
10.1.4. ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.	80
10.1.5 IMPLEMENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	81
10.2 RESULTADOS DE LA DOCUMENTACIÓN:	83
10.2.1 DOCUMENTOS DISPONIBLES PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	83
10.2.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA DOCUMENTACIÓN.	84
11. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	91
11.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.E HUS	91
11.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	95
11.3 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ESE HUS POR CAPITULOS	98
12. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	106
CONCLUSIONES	109
RECOMENDACIONES	112
WEBGRAFÍA	115

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estructura organizacional	17
Figura 2. Diagrama simplificado de los elementos de un proceso	29
Figura 3. Ciclo PHVA	31
Figura 4. Herramienta para el Diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma NTC GP 1000 – 2004.	35
Figura 5. Formato diagnóstico inicial de la documentación requerida por el sistema de gestión de la calidad, según la NTC NT GP 1000 - 2004.	50
Figura 6. Interacción en la de Planificación estratégica de la calidad	57
Figura 7. Metodología para el Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad	58
Figura 8. Componentes de la planificación del sistema de gestión de la calidad	59
Figura 9. Formato de la ficha de indicadores	63
Figura 10. Estructura documental	71
Figura 11. Organigrama de la oficina de calidad de la ESE HUS	96

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cuadro del personal del hospital universitario de santander.	18
Tabla 2. Descripción de los criterios de evaluación	37
Tabla 3. Criterios de evaluación para la documentación exigida por la NTC GP 1000 - 2004	51
Tabla 4. Herramienta para definir objetivos de calidad	60
Tabla 5. Relación de los procedimientos obligatorios exigidos por la NTC GP 1000	66
Tabla 6. Condiciones generales de los documentos del SGC	75
Tabla 7. Procedimientos obligatorios para el sistema de gestión de la calidad del hospital universitario de santander.	78
Tabla 8. Número de documentos actualizados y diseñados por procesos.	80
Tabla 9. Tipos de documentos elaborados por procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la e.s.e hus.	85
Tabla 10. Total de documentos elaborados y/o actualizados para el sgc.	88
Tabla 11. Cronograma de socialización de procedimientos obligatorios para	92
Tabla 12. Informe sobre el nivel de cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos en el presente proyecto de grado	106

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfica 1: Resultados del diagnóstico inicial del S.G.C por capítulos según los requerimientos de la NTC GP 1000 – 2004	38
Gráfica 2: Resultados del diagnóstico inicial del S.G.C por sub - capítulos según los requerimientos de la NTC GP 1000 – 2004	40
Gráfica 3. Resultados Del diagnóstico inicial, capítulo 4: Requisitos generales.	43
Gráfica 4. Resultados del diagnóstico inicial. Capítulo 5: Responsabilidades de la dirección.	44
Gráfica 5. Resultados del diagnóstico inicial. Capítulo 6: Gestión de recursos.	46
Gráfica 6: Resultados del diagnóstico inicial. Capítulo 7: Realización de la prestación del servicio.	48
Gráfica 7. Resultados del diagnóstico inicial, capítulo 8: Seguimiento y medición.	49
Gráfica 8. Diagnóstico inicial del nivel de cumplimiento de la documentación según la norma técnica colombiana NTC GP 1000.	52
Gráfica 9. Diagnóstico inicial del nivel de cumplimiento de la documentación de cada capítulo según la norma técnica colombiana NTC GP 1000.	54
Gráfica 10: Resultados del diagnóstico inicial de la documentación por procesos de la E.S.E HUS.	55
Gráfica 11: Análisis de resultados procesos estratégicos.	86
Gráfica 12: Análisis de resultados procesos de apoyo.	86
Gráfica 13: Análisis de resultados procesos de evaluación.	87
Gráfica 14: Análisis de resultados procesos misionales.	88
Gráfica 15: Total de documentos según el tipo elaborados para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS	89
Gráfica 16: Resultados del diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad según la NTC GP 1000: 2004	97

Gráfica 17. Resultados del diagnóstico final S.G.C, capítulo 4: Requisitos generales.	99
Gráfica 18. Resultados del diagnóstico final del S.G.C, capítulo 5: Responsabilidades de la dirección.	101
Gráfica 19. Resultados del diagnóstico final del S.G.C, capítulo 6: Gestión de recursos.	102
Gráfica 20. Resultados del diagnóstico final del S.G.C, capítulo 7: Realización de la prestación del servicio.	104
Gráfica 21. Resultados del diagnóstico final S.G.C, capítulo 8: seguimiento y medición.	105

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A: Mapa de procesos de la E.S.E HUS.
- ANEXO B: Estado de procesos de la E.S.E HUS
- ANEXO C: Diagnóstico inicial del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS, según requerimientos de la NTC GP 1000-2004
- ANEXO D: Diagnóstico inicial de la documentación requerida por el sistema de gestión de la calidad, según la NTC NT GP 1000 - 2004
- ANEXO E: Fichas de caracterizaciones de los procesos de la E.S.E HUS.
- ANEXO F: Manual de calidad de la E.S.E HUS
- ANEXO G: Listado maestro de documentos
- ANEXO H: Procedimientos obligatorios del S.G.C de la E.S.E HUS
- ANEXO I: Tabla de cantidades de documentos actualizados y elaborados en el procesos de documentación del S.G.C.
- ANEXO J: Diapositivas socialización, diseño, documentación e implementación del S.G.C
- ANEXO K: Diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS, según requerimientos de la NTC GP 1000-2004
- ANEXO L: Organigrama de la oficina de calidad
- ANEXO M: Resolución comité de calidad hospital universitario de Santander
- ANEXO N: Lista de ficha de indicadores
- ANEXO Ñ: Manual de indicadores de gestión

RESUMEN

TITULO: Diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad NTC GP 1000:2004 para el Hospital Universitario de Santander

AUTORAS:

SONIA JOHANA SANTAMARIA OLARTE
CLARA MARIA VARGAS JIMÉNEZ

FACULTAD: INGENIERIA INDUSTRIAL

DIRECTOR: EDWIN DUGARTE PEÑA

PALABRAS CLAVES: Sistema de Gestión de Calidad - NTC GP1000:2004 – Diseño – Documentación – Implementación – E.S.E HUS

DESCRIPCIÓN: En el desarrollo del presente proyecto de grado aplicado, se muestra el paso a paso de cada una de las actividades realizadas por sus autoras para el logro del diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad NTC GP1000:2004 para el Hospital Universitario de Santander.

Las actividades desarrolladas para cumplir con los objetivos del proyecto fueron las siguientes:

1. Diagnóstico inicial: En esta actividad se evaluó el nivel de cumplimiento de cada uno de los requisitos obligatorios establecidos por la NTC GP 1000:2004 en el Hospital Universitario De Santander, así mismo se logró consolidar información acerca del estado de la documentación de los 29 procesos que se llevan a cabo en la E.S.E HUS para su funcionamiento y cumplimiento con su misión institucional.
2. Planificación estratégica de la calidad: en esta etapa se diseñaron las actividades a desarrollar, definidas por la alta dirección para satisfacer las necesidades y especificaciones del cliente y de la entidad como tal. Estas necesidades fueron identificadas en los hallazgos del diagnóstico inicial del sistema de gestión de calidad en la E.S.E HUS
3. Documentación de los procesos: En esta etapa se realizó una revisión detallada de cada uno los procesos y así mismo documentar todas las actividades que en cada uno de ellos se llevan a cabo. Para cada proceso es necesario definir su respectiva caracterización, procedimientos, instructivos, manuales, registros, guías y ficha de indicadores.
4. Implementación del Sistema de Gestión de la calidad regido bajo la NTC GP 1000:2004: El propósito de esta etapa es poner en marcha todos los lineamientos necesarios para garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema De Gestión De La Calidad en la E.S.E HUS
5. Diagnóstico Final: Esta etapa permite conocer el nivel de cumplimiento final del los requisitos exigidos por la NTC GP1000:2004, donde se asegura que en la E.S.E HUS efectivamente se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para la implementación del sistema de gestión de la calidad. Con los hallazgos de este ultimo informe, también se podrán identificar posibles nuevas necesidades a atender y así promover el mejoramiento continuo para el excelente funcionamiento de la entidad.

ABSTRACT

TITLE: Design, documentation and implementation of quality management system NTC GP 1000:2004 for Hospital University of Santander.

AUTHOR:

SONIA JOHANA SANTAMARIA OLARTE.
CLARA MARIA VARGAS JIMÉNEZ.

FACULTY: INDUSTRIAL ENGINEERING

DIRECTOR: EDWIN DUGARTE PEÑA.

KEY WORDS: Quality management system NTC GP1000:2004, design, documentation, implementation, E.S.E HUS.

DESCRIPTION: In the development of this graduation project, each of the activities made by the authors are showed step by step in order to achieve the design, documentation and implementation of the quality management system NTC GP1000:2004 for the Hospital University of Santander

The activities developed to fulfill the objectives of the project were the following:

1. Initial diagnosis: in this activity it was evaluated the level of achievement of each obligatory requirement established for the NTC GP 1000:2004 in the Hospital University of Santander. Also, It was possible to collect data about the status of the documentation of the 29 processes that are carried out in E.S.E HUS for it functioning and performance with its institutional mission.
2. Strategic Quality Planning: in this stage it was designed the activities to develop, defined by the highest direction to satisfy the customer and entity's needs and specifications. These needs were identified in the initial diagnosis of the quality management system in the E.S.E HUS.
3. Documentation of the processes: in this stage it was carried out a very detail revision of each process and in this way to document all the activities carried out in each one. For each process is necessary to define its respective characterization, procedures, instructions, manuals, records, guides and indicator formats.
4. Implementation of the quality management system for the NTC GP 1000:2004: the purpose of this stage is to run the guidelines needed to guarantee the efficiency, efficacy and effectiveness of the quality management system in the E.S.E HUS.
5. Final diagnosis: this stage let to know level of final achievement of the requirements demanded for the NTC GP1000:2004, where it is assured that in the E.S.E HUS is effectively established, implemented and maintained the necessary processes for the implementation of the quality management system. With the findings of this last report, also it will be identified possible new needs to deal with and in this way to promote the continuous improvement for the excellent functioning of the entity.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Ramón González Valencia fue liquidado el 4 de febrero de 2005, para dar paso al Hospital Universitario de Santander, una nueva institución que comenzó a operar saneada, con menos funcionarios y con más eficiencia en la atención a la comunidad no sólo de Santander, sino de departamentos vecinos.

El Hospital Universitario de Santander es una entidad del estado que tiene como propósito dentro de su misión ‘ser modelo para los hospitales públicos del país’¹. Actualmente sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente, comprometido con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.

En su compromiso de calidad con la Gobernación de Santander, la Secretaria de salud y la comunidad en general, se decidió trabajar sobre la documentación y actualización de los procesos existentes en la entidad para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP 1000:2004, tomándola como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces ‘Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud’². La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002; además, la ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 ‘establece la creación de un

¹ Nacimiento HUS. Disponible en <http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/marzo/12/10122005.htm>. Recuperado en septiembre 02 de 2008

² Sistema único de Acreditación en Salud en <http://www.unyodos.com/acreditacion/marcolegal.php>. Recuperado en Julio 3 de 2009.

Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. Estas disposiciones están reglamentadas en la Resolución 1474 ³.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Hospital Universitario de Santander en pro de dar cumplimiento a las leyes Colombianas y comprometerse con la comunidad Santandereana, tomó la decisión de adelantar y establecer un convenio con la facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad Pontificia Bolivariana, para Diseñar, Documentar e Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad según NTC GP 1000-2004; proyecto que no sólo le daría las bases para establecer el Sistema Único de Acreditación; sino lograría que la entidad se estableciera cómo un Hospital altamente competitivo tanto a nivel regional como nacional.

Es así, como se da inicio al presente trabajo de grado en donde se documentan y actualizan los procesos según los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004, partiendo del análisis del diagnóstico inicial del sistema de gestión de la calidad para proseguir con la planificación del sistema, elaboración de los documentos, implementación y finalmente el análisis del diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad. Objetivos que fueron plenamente alcanzados, considerando que se hace entrega de la totalidad de los documentos implementados pertenecientes a los procesos de la entidad bajo los lineamientos de la norma de calidad.

Entre los documentos se encuentran las caracterizaciones de los procesos, los Procedimientos, Instructivos, Manuales, Ficha de indicadores y demás anexos de soporte que se requieren en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Según lo anterior, se presenta el siguiente informe, en donde se establecen todos los procesos a seguir para el logro de los objetivos del actual proyecto de grado.

³ Ley 100 de 1993 en <http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993.html>. Recuperado en Julio 3 de 2009.

1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

Empresa Social Del Estado, Hospital Universitario De Santander.

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

El hospital universitario de Santander se dedica a la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad, entendidos como un servicio público a cargo del departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud.

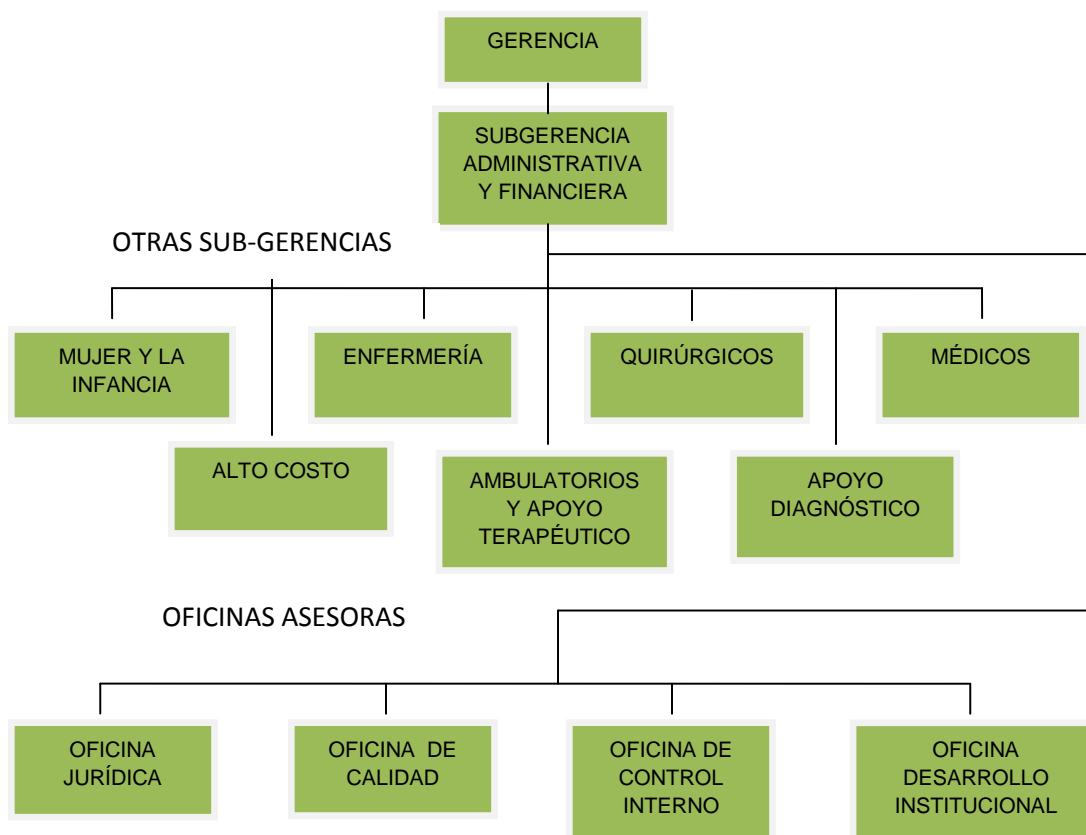
NÚMERO DE EMPLEADOS

El Hospital Universitario de Santander está constituido aproximadamente por 1.200 empleados incluyendo tanto al personal operario como el administrativo.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Hospital Universitario de Santander maneja una estructura jerarquizada, donde se encuentran las diferentes dependencias administrativas y operativas. Es dirigido por la gerencia, seguido por la sub-gerencias administrativa y Financiera. De igual manera, la E.S.E HUS, se encuentra en un proceso de reestructuración, por lo tanto, el organigrama ha sido modificado, y actualmente tiene la siguiente estructura. Ver figura 1. Estructura Organizacional.

Figura 1. Estructura organizacional



Fuente: Autoras

La estructura organizacional se encuentra dividida en tres secciones, un staff gerencial, sub-gerencias y las oficinas de asesorías. El HUS, cuenta con personas altamente capacitadas para desempeñar los cargos asignados. Para la Institución es de gran importancia tener personal calificado que tenga la capacidad de manejar y solucionar las actividades y/o problemas que se presenten durante la ejecución de la labor. Ver Tabla 1. Cuadro del personal del Hospital Universitario de Santander.

Tabla 1. Cuadro del personal del Hospital Universitario de Santander.

STAFF GERENCIAL	OFICINAS ASESORAS
Dr. LUIS ALBERTO HERNANDEZ JARUFFE Gerente	Dra. TATIANA DEL PILAR TAVERA ARCINIEGAS Jefe Oficina Jurídica
Dra. ELSY CABALLERO OJEDA Subgerente Administrativa y Financiera	Dr. JAVIER ROBERTO QUIROZ HERNANDEZ Jefe Oficina de Calidad
Dr. JOSE FIDEL LATORRE LATORRE Subgerente Servicios Mujer y la Infancia	Dr. VICTOR MANUEL OSPINA CADAVID Jefe Oficina de Control Interno
Enf. ROCIO REY GOMEZ Subgerente Servicios de Enfermería	Dr. WILSON MANTILLA BLANCO Jefe Oficina Desarrollo Institucional
Dr. RODRIGO ANGEL CALIZ ZULUAGA Subgerente Servicios Quirúrgicos	
Dr. FABIO BOLIVAR GRIMALDOS Subgerente Servicios Médicos	
Dra. MYRIAM STELLA GALVIS DE SANABRIA Subgerente Servicios Alto Costo	
Dr. LUIS HOMERO ALVAREZ Subgerente Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	
Dra. OLGA MERCEDES ALVAREZ OJEDA Subgerente Servicios de Apoyo Diagnostico	

Fuente: Autoras

RESEÑA HISTÓRICA

“El hospital Ramón González Valencia fue liquidado el pasado 4 de febrero de 2005, para dar paso al Hospital Universitario de Santander, una nueva institución que comenzó a operar saneada, con menos funcionarios y con más eficiencia en la atención a la comunidad no sólo de Santander, sino de departamentos vecinos. Es así como para el período de transición de la antigua institución a la nueva, se elaboró un plan contingencia

que asegurará la atención normal a todas las personas. Gracias al mismo, no hubo ningún problema durante esos días”⁴.

La empresa social del estado, Hospital Universitario de Santander (ESE HUS) fue creada mediante el Decreto 0025 de Febrero 4 de 2005, como una entidad social del estado prestadora de servicios de salud descentralizada del orden departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria de Salud de Santander. El nacimiento de esta nueva institución significa para el gobierno departamental y para quienes laboran allí, la oportunidad para rescatar la red pública hospitalaria y brindar una atención integral a los usuarios. El Hospital Universitario de Santander sirve como modelo de Hospital Público del país; esto significa que la labor que se adelanta en el, es tomada como referencia por otros hospitales, para su funcionamiento y atención.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA ESPECÍFICA DE TRABAJO

El área específica de trabajo es la oficina de procesos, la cual es una de las dependencias de la oficina de calidad. En la oficina de procesos se tiene acceso a cada uno de los procesos que el Hospital Universitario de Santander lleva a cabo para el desarrollo de los servicios que este mismo ofrece a todos sus usuarios. De igual manera esta oficina es la encargada de documentar todo lo correspondiente a cada uno de los procesos existentes, es decir procedimientos, caracterizaciones, registros, instructivos y manuales para dar cumplimiento al sistema de calidad regido bajo la Norma Técnica de Calidad en la gestión Pública NTCGP 1000:2004.

⁴ Nacimiento HUS. Disponible en <http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/marzo/12/10122005.htm>. Recuperado en septiembre 02 de 2008

2. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

En la actualidad el Hospital Universitario de Santander cuenta con instalaciones físicas bien dotadas, equipos de avanzada tecnología y un grupo humano de excelente perfil científico que garantiza la prestación de servicios de magnífica calidad. De igual forma cuenta con personal técnico administrativo, clave para el buen funcionamiento de la institución prestadora de servicios de salud más importante del Nororiente Colombiano.

Actualmente sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.

En su compromiso de calidad con la gobernación de Santander y la secretaria de salud actualmente se está trabajando sobre la documentación de los procesos existentes en el hospital universitario de Santander para dar cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, se hace necesario en primera instancia diseñar un nuevo Mapa de Procesos, que identifique a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social.

Dentro de la estructura de la entidad se identifican 29 procesos, los cuales aun no cuentan con un sistema de Indicadores que permitan medir la eficiencia y eficacia de los mismos, por otra parte tampoco están totalmente documentados ni adecuados según la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Universitario de Santander, ha venido presentado cambios significativos en cuanto su dirección durante los últimos años, éste no cuenta con una estabilidad en la alta dirección que permita tener un direccionamiento claro de los objetivos y metas que se presentan, generando dificultades en la trazabilidad de los procesos que en este se llevan a cabo.

El Hospital Universitario de Santander cuenta con una “Oficina de Calidad” encargada de levantar, supervisar, mantener y controlar los procesos de la E.S.E HUS, actualmente ha identificado la necesidad de diseñar, documentar e implementar sistema de gestión de calidad, el cuál, verificaría la eficiencia y eficacia de los procesos que en éste se manejan.

Según el Decreto 4110 de 2004, por el cuál se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública decreta en el artículo 1: ‘La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 es parte integrante del presente decreto, de *obligatoria aplicación y cumplimiento*, con excepción de las notas que expresamente se identifican como de carácter informativo, las cuales se presentan a modo de orientación para la comprensión o clarificación del requisito correspondiente’⁵.

El HUS, como entidad pública, debe implementar un sistema de Calidad regido bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, cumpliendo así, primero, con un requisito que pide la Ley Colombiana y segundo, obtener un sistema de calidad que proporcione a los usuarios mayor eficiencia y eficacia en los servicios prestados, de tal manera que sí se pueda dar cumplimiento a los objetivos y metas que el HUS tiene planteados para cada uno de los servicios que presta.

⁵ Decreto 4110 del 2003, Artículo 1, Disponible en <http://www.contraloriafloridablanca.gov.co>. Recuperado en octubre 19 de 2008.

4. ANTECEDENTES

El sistema de calidad del Hospital, cuenta con la documentación de la versión N° 1 de algunos de los procesos de la institución, elaborada por personal perteneciente a la oficina de calidad, estos documentos se encuentran desactualizados, debido a los cambios que ha sufrido la administración del Hospital, de igual manera no cuentan con los parámetros establecidos por La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

Con los resultados del diagnóstico inicial, se verificó el estado de cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la ESE HUS, se encontraron 29 procesos en total (Ver Anexo B), unos en proceso de revisión, documentación y otros ya en aprobación.

En la revisión del estado del arte y los antecedentes bibliográficos referentes al presente trabajo de grado se encontró la información mencionada a continuación.

ISO 9001-2000 - NTC GP 1000:2004 EN LA CONTRALORÍA GENERAL DE ANTIOQUIA⁶

En noviembre de 2006 el ICONTEC entregó los certificados de renovación por tres años de la NORMA ISO 9001:2000 y el de la NTC GP1000:2004 a la Contraloría General de Antioquia.

La Contraloría General de Antioquia es la segunda entidad oficial, después del Ministerio de Educación Nacional, en certificarse en el país en la NTC GP1000:2004, logro alcanzado por el compromiso y trabajo de todos los servidores públicos de la misma

⁶ Contraloría General de Antioquia. Disponible en: <http://www.contraloriagdeant.gov.co/iso9000.asp>. Recuperado en enero 03 de 2009

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE- SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN⁷

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD “NTCGP 1000:2004” SISTEMA DE CONTROL INTERNO “MECI 1000:2005

MARCO LEGAL- DECRETO 4110 DE 2004

ARTÍCULO 1. Adoptase la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2 de la Ley 872 de 2003. El sistema documentado en esta Norma es COMPATIBLE y COMPLEMENTARIO con otros sistemas de gestión como el de Control Interno (MECI: Modelo Estándar de Control Interno), Desarrollo Administrativo, Ambiental, Salud Ocupacional y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud definido en el Decreto 1011 DE 2006, por lo cual, nuestro hospital esta implementado un único Sistema de Gestión de la Calidad con énfasis en el Sistema Único de Acreditación que incluya los requisitos de estos sistemas y permita optimizar recursos, evitando que se dupliquen esfuerzos.

GOBERNACION DEL HUILA, TRAS CERTIFICACIÓN GP-1000⁸

Todos los funcionarios se preparan para aportar al proceso que busca hacer de la Gobernación del Huila, el primer ente de este tipo con esa certificación de calidad en todos sus procesos.

La Gobernación del Huila se prepara para ser la primera de este tipo en tener totalmente certificados sus procesos mediante la norma técnica de Gestión Pública GP 1000-2004.

De acuerdo con lo que dio a conocer el secretario General de la Gobernación del Huila, Diógenes Plata Ramírez, para la presente Administración es fundamental dejar una gestión pública certificada, que les permita a los ciudadanos contar con los mejores

⁷ HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE- SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN. Disponible en: www.eserafaeluribe.gov.co:8080/Calidad/Download/3CartN2NTCGP1000MECI.doc - Recuperado en diciembre 11 de 2008

⁸ GOBERNACION DEL HUILA, TRAS CERTIFICACIÓN GP-1000. Disponible en <http://www.businesscol.com/noticias/fullnews.php?id=1796>. Recuperado en diciembre 09 de 2008

servicios para que prevalezca el proceso de buen gobierno que desde el mandato de Rodrigo Villalba Mosquera ha sido una prioridad.

Igualmente, conforme con lo que se ha dado a conocer en el ánimo de continuar con un Departamento que recupere la confianza de las administraciones locales, la nacional y los propios ciudadanos, es fundamental hacer un esfuerzo conjunto para que la Gobernación del Huila sea un ente certificado.

Los líderes del grupo de calidad de la Gobernación dijeron que tanto los secretarios, jefes de dependencia, así como todos los funcionarios se vienen preparando para la visita que en los próximos días recibirá este ente territorial por parte de las auditorías de certificación en la norma técnica de Gestión Pública GP-1000-2004.

En el marco de la preparación para dicha visita, se desarrolla un proceso de sensibilización del cual, sin distinción, participan todas las personas que laboran en la Gobernación, para asumir la tarea y el reto de hacer de este ente, el primero de este tipo en el país, en estar certificado.

5. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones del Gobierno Nacional para implementar la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, se realizará este proyecto, lo cual permitirá un crecimiento y mejoría en lo que realmente sería el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Universitario de Santander, verificando que los procesos que se llevan a cabo en la entidad sean acordes a las especificaciones que la norma trae consigo para poder obtener un excelente rendimiento en el sistema de calidad.

La norma es una herramienta de gestión que permite dirigir y evaluar el desempeño de la E.S.E HUS, en términos de eficiencia, eficacia, efectividad y de satisfacción social en la prestación de los servicios. La adopción e implementación da cumplimiento a gran parte del sistema de calidad que se quiere lograr en la entidad.

Se piensa, que un sistema de calidad bien ejecutado, es la base para que una entidad pueda brindar servicios de excelente calidad, pensando siempre en la satisfacción de los usuarios.

Para lograr un Sistema de Calidad, es necesario ejecutar una serie de etapas, las cuales se encuentran desde el diseño del sistema, hasta la implementación y certificación del mismo. Con el sistema de calidad que se pretende diseñar, documentar e implementar en este proyecto, se quiere rectificar que la calidad es un pilar importante para que las empresas desarrollen a cabalidad sus funciones y ofrezcan al público un producto o servicio en óptimas condiciones lo cual trae consigo mayor rendimiento y utilidad para las mismas.

Al diseñar, documentar e implementar un sistema de calidad para la E.S.E HUS, regido bajo la norma NTCGP 1000:2004, se pretende obtener excelente rendimiento en los procesos, mayor satisfacción para los usuarios y destacar al HUS, como una entidad

promotora de la calidad, distinguiéndose por sus excelentes servicios y trabajando para obtener una mejora continua en su sistema .

El mayor beneficio será para los usuarios del Hospital Universitario de Santander, que en su mayoría, son personas con pocos recursos, pero con derechos que les permiten tener una integridad y respeto como miembros de la sociedad colombiana.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar e implementar el sistema de gestión de calidad en el Hospital Universitario De Santander según los requisitos de la NTC GP 1000:2004

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un diagnóstico inicial para cada uno de los procesos que se manejan en el HUS según los requisitos de la NTC GP 1000:2004, señalando los cambios a realizar como análisis y modificaciones planteadas para cada uno de ellos
- Planificar el sistema de gestión de calidad, de acuerdo con los requisitos de la NTC GP 1000:2004 en el Hospital Universitario de Santander (HUS)
- Ajustar y documentar los procesos del HUS según requerimientos de la NTC GP 1000:2004 y así mismo, diseñar y documentar los procesos obligatorios exigidos por la misma.
- Implementar el SGC diseñado y documentado regido bajo la NTC GP 1000:2004 en la ESE HUS.
- Construir y documentar indicadores de gestión alineados a las estrategias de la entidad en el que se evalúe el desempeño del sistema de gestión de la calidad.
- Evaluar la efectividad del diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad en el HUS, mediante su respectivo diagnóstico final.

7. MARCO TEÓRICO

Para la elaboración del proyecto, se debe tener en cuenta todo lo referente al vocabulario y los requerimientos de la norma, así como demás pre saberes que se necesitan para la realización del mismo.

7.1 NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2004⁹

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6º de la Ley 872 de 2003, esta norma establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Esta norma especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad aplicable a entidades a que se refiere la Ley 872 de 2003, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite estandarizar los procesos, optimizar recursos y realizar un mejoramiento continuo en la organización.

⁹ Definiciones GP 1000:2004. Disponible en:
[http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.p](http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.pdf)
df. Recuperado en noviembre 08 de 2008

7.2 QUÉ ES UN DIAGRAMA DE PROCESOS

Un proceso es una red de actividades vinculadas ordenadamente las cuales se llevan a cabo repetidamente y que utilizan recursos e información para transformar insumos en productos abarcando desde el inicio del proceso hasta la satisfacción de las necesidades del cliente.

Figura 2. Diagrama simplificado de los elementos de un proceso¹⁰



Fuente: PERSYS – Soluciones de negocios

- Entradas: Inicio del proceso.
- Actividades: Secuencia de tareas.
- Recursos: Personas, tecnología etc., necesarios para llevar a cabo el proceso.
- Transformación: Lo que sucede entre los recursos y las actividades para producir la salida.
- Salida: El resultado de las transformaciones.

¹⁰ Diagrama Simplificado De Los Elementos De Un Proceso. Disponible en http://www.persys.com.mx/secciones/procesos_definicion.html. Recuperado en septiembre 06 de 2008

7.3 INDICADOR DE GESTIÓN.¹¹

Es una relación entre variables cuantitativas o cualitativas que permite la comparación entre la situación presente de la organización y la norma o patrón establecido como requerimiento de la productividad y competitividad organizacional, en función de la misión, visión y las metas establecidas. Los indicadores son instrumentos indispensables para el control. Entidad sin indicadores no puede dirigirse, sirven para evitar riesgos, crisis y traumas en procesos que desarrolla actividades productivas con el fin de generar rendimientos de los factores que en el intervienen.

7.4 CICLO PHVA.

El ciclo de mejora continua “Planificar- hacer-Verificar-Actuar” fue desarrollado inicialmente en la década de 1920 por Walter Shewhart, y fue popularizado por W, Edwards Deming. Por esta razón es frecuentemente conocido como el “Ciclo de Deming”.

El concepto de PHVA es algo que está presente en todas las áreas de nuestra vida profesional y personal, y se utiliza continuamente, tanto formalmente como de manera informal, consciente o subconscientemente, en todo lo que hacemos. Cada actividad, no importa lo simple o compleja que sea, se enmarca en este ciclo interminable.

Dentro del contexto de un Sistema de Gestión de la Calidad, el PHVA es un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada proceso de la organización y en el sistema de procesos como un todo. Está íntimamente asociado con la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto en la realización del producto como en otros procesos del SGC.

El mantenimiento y la mejora continua de la capacidad del proceso puede lograrse aplicando el concepto de PHVA en todos los niveles dentro de la organización, esto aplica por igual a los procesos estratégicos de alto nivel, tales como la planificación de los

¹¹ Indicador de gestión, Disponible en: http://www.mincomunicaciones.gov.co/mincom/src/?page=../mods/faq/faq_cliente&id=30&state=V&id_tool=0. Recuperado en octubre 02 de 2008

Sistemas de Gestión de la Calidad o la revisión por la dirección, y a las actividades operacionales simples llevadas a cabo como una parte de los procesos de realización del producto.

El enfoque basado en procesos indica que todos los procesos como las auditorías internas, la revisión por la dirección el análisis de datos y el proceso de gestión de recursos, entre otros, pueden ser gestionados utilizando como base el ciclo de mejora continua PHVA.

Para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, es fundamental trabajar bajo los lineamientos establecidos en la metodología del ciclo de Deming, Ciclo PHVA.

Figura 3. Ciclo PHVA¹²



Fuente: Modificado a partir Estructplan On line

- **PLANIFICAR:** Establecimiento de las directrices para estructurar y dirigir a la organización. (definir política y objetivos de calidad, misión, visión, definición de recursos, identificación de procesos, planes de acción).

¹² CICLO PHVA. Disponible en: <http://www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp?idarticulo=180>. Recuperado en septiembre 07 de 2008

- **HACER (IMPLEMENTAR):** Es desarrollar todas las actividades generadas durante la planificación.
- **VERIFICAR:** Establecer métodos que permitan evaluar la Gestión de cada una de las actividades desarrolladas o implementadas en cada proceso, para evaluar la eficacia y eficiencia. (Indicadores de gestión, auditorías internas de calidad y revisiones por la dirección).
- **ACTUAR:** Generar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la verificación realizada. (acciones correctivas, preventivas y de mejora continua).

7.5 DIAGRAMA DE PROCESO¹³

Es una representación gráfica de los pasos que se siguen en toda una secuencia de actividades, dentro de un proceso o un procedimiento, identificándolos mediante símbolos de acuerdo con su naturaleza; incluye, además, toda la información que se considera necesaria para el análisis, tal como distancias recorridas, cantidad considerada y tiempo requerido. Con fines analíticos y como ayuda para descubrir y eliminar ineficiencias, es conveniente clasificar las acciones que tienen lugar durante un proceso dado en cinco clasificaciones. Estas se conocen bajo los términos de operaciones, transportes, inspecciones, retrasos o demoras y almacenajes.

7.6 TERMINOS Y DEFINICIONES¹⁴

- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

¹³ Definición diagrama de procesos. Disponible en: <http://148.202.148.5/cursos/id209/mzaragoza/unidad2/unidad2dos.htm>. Recuperado en octubre 01 de 2008

¹⁴ Definiciones GP 1000:2004. Disponible en: http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.pdf. Recuperado en noviembre 08 de 2008

- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Producto Servicio:** Resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
- **Manual De La Calidad:** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.
- **Gestión Documental:** Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.
- **Mejora Continua:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Política de la Calidad de una Entidad:** Intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **Sistema De Gestión De La Calidad Para Entidades:** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

NOTA Al considerar un producto y/o servicio, la trazabilidad puede estar relacionada con: el origen de los materiales y las partes, la historia del procesamiento y la distribución y localización del producto después de su entrega.¹⁵

¹⁵ Definiciones GP 1000:2004. Disponible en:
[http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.p](http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.pdf)
df. Recuperado en noviembre 08 de 2008

8. DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Para establecer el estado actual de un sistema gestión de calidad en cualquier entidad, es necesario realizar un diagnóstico inicial que permita evidenciar el nivel de cumplimiento de los requisitos expedidos por cualquier norma.

En el diagnóstico inicial, se aplican técnicas de recopilación de información como la observación directa a las diferentes áreas pertenecientes a la E.S.E HUS, la revisión de los procedimientos establecidos en el mapa de procesos de la entidad y la documentación perteneciente a cada uno de ellos, con sus respectivos registros, manuales, instructivos, etc., y las entrevistas a cada representante o director del proceso. Ésta información es recopilada en una herramienta informática, la cual fue adaptada a los requisitos de la norma GP 1000 - 2004, y a los criterios diseñados para la evaluación de cada requisito.

8.1 DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

El diagnóstico inicial del Sistema de Gestión de la Calidad para la E.S.E HUS, se llevó a cabo para poder determinar el nivel de cumplimiento de cada requisito exigido por la norma GP 1000-2004. Éste, se realizó a todos los procesos pertenecientes a la entidad, para los cuales, se pudo detectar los problemas, las necesidades o fortalezas que en estos momentos cada uno de éstos presentan.

8.1.1 HERRAMIENTA PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. Para lograr determinar el nivel de cumplimiento de la E.S.E HUS, con respecto a los requisitos de la norma técnica colombiana NTC GP 1000-2004, se adaptó una 'herramienta en EXCEL'¹⁶,

¹⁶ Hugo Orlando Laiton Pinzón. Diseño, Documentación E Implementación Del Sistema De Gestión De Calidad en la Empresa Maquinados Y Montajes LTDA bajo la Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2000. Práctica Empresarial (Ingeniero Industrial). Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. Facultad de ingeniería industrial.

(Ver Anexo C), la cual permite evidenciar el cumplimiento de cada “DEBE” que requiere la norma. La herramienta contiene los 4 capítulos de la norma con sus respectivos numerales y requerimientos, los criterios de evaluación, la ponderación de los capítulos, los subcapítulos y cada requerimiento. (Ver Figura 4).

Figura 4: Herramienta para el Diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma NTC GP 1000 – 2004.

1		2		3										4		
				CRITERIOS DE EVALUACIÓN										PUNTAJE %		
Req. No	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NTC GP 1000-2004	ESTADO DEL REQUISITO										DEBE	SU.SCP	SUB.CAP	CAP	
		N/A	A/IR	A/ND	P/D	P/NA	P/IM	P/SMA	AUD	MJC						
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD																
4.															6,3%	
	Requisitos Generales														9,0%	
4.1	La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de la norma			X									2%			
4.1 (a)	la entidad debe identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado; incluyendo los procesos estratégicos, misionales, apoyo y										X		27%			
4.1 (b)	la entidad debe determinar la secuencia e interacción de estos procesos. (Mapa de procesos)										X		27%			
4.1 (c)	la entidad debe determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y									X			7%			
4.1 (d)	Debe asegurarse la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos									X			7%			
4.1 (e)	Debe realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos			X									0%			

Fuente: Autoras

En dónde:

1	Numerales de la NTC GP 1000 - 2004
2	Descripción de los Requisitos de la Norma
3	Criterios para la Evaluación del estado de cada Debe de la Norma
4	Puntaje obtenido por: - Cada DEBE de la Norma - Cada SUB-CAPÍTULO de la Norma - Cada CAPÍTULO de la norma

Fuente: Autoras

Los criterios de evaluación que se tomaron en cuenta para realizar el respectivo diagnóstico fueron los siguientes:

- El requisito No Aplica para la Institución
- El requisito aplica para la institución, pero no se tiene nada al respecto.
- El requisito se lleva a cabo en la institución, pero no se encuentra documentado.
- El requisito se encuentra en proceso de documentación
- El requisito se encuentra Aprobado, pero no actualizado o incompleto
- El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
- El requisito se encuentra en proceso de seguimiento y medición y análisis
- El requisito se ha auditado
- El requisito se encuentra en proceso de mejora continua

Para poder realizar una evaluación de los criterios, se asignó una ponderación de acuerdo con la siguiente fórmula de progresión geométrica.

$$R = \sqrt[n]{\text{Valor Máximo} / \text{Valor Mínimo}}$$

En dónde:

n = Número de categorías creadas de acuerdo a los criterios diseñados.

R = Razón geométrica a utilizar para la obtención de las diferentes ponderaciones para cada uno de los criterios.

Valor Máximo = 100

Valor Mínimo = 1

Los criterios planteados fueron en su totalidad 9, se tomaron 7 categorías, debido a que los dos primeros criterios no representa un valor importante para el diagnóstico del sistema, por lo tanto no se asignará un valor, tomando estos valores como (~) para el criterio no aplica para la Institución y (0%) para el criterio del requisito aplica para la institución, pero no se tiene nada al respecto.

Según los criterios tomados la razón sería igual a:

$$R = \sqrt[7]{(100/1)} = \underline{\underline{1,930697729}}$$

La razón obtenida por medio de la progresión geométrica es multiplicada por el valor mínimo obteniendo la ponderación del criterio número 3, para hallar el valor de la ponderación del criterio 4, se multiplica el valor del criterio número 3 por la razón obtenida, éste proceso se realiza con lo demás criterios obteniendo así los siguientes resultados:

Tabla 2. Descripción de los Criterios de Evaluación

No	Criterio	Descripción	Ponderación %
1	N/A	El requisito No Aplica para la Institución	~
2	A/NR	El requisito aplica para la institución, pero no se tiene nada al respecto.	0
3	A/ND	El requisito se lleva a cabo en la institución, pero no se encuentra documentado.	2
4	P/D	El requisito se encuentra Documentado	4
5	P/NA	El requisito se encuentra Aprobado, pero no actualizado o incompleto	7
6	P/IM	El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación	14
7	P/SMA	El requisito se encuentra en proceso de seguimiento y medición y análisis	27
8	AUD	El requisito se ha auditado	52
9	MJC	El requisito se encuentra en proceso de mejora continua	100

Fuente: Autoras

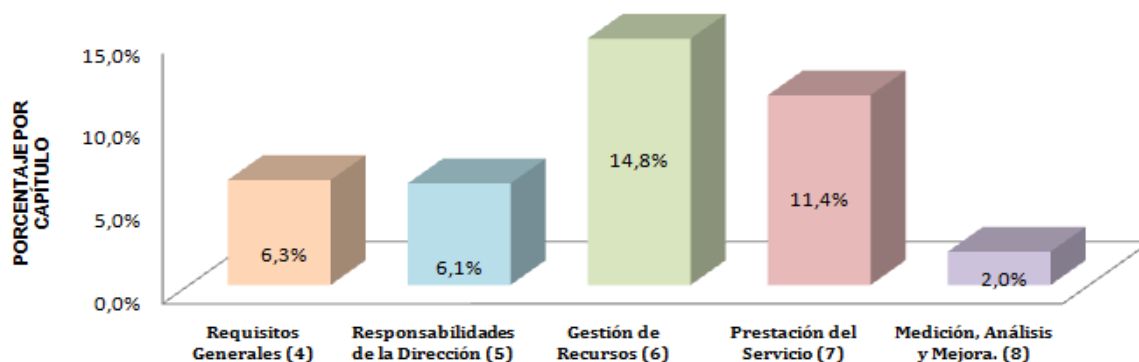
Con la evaluación de estos requisitos se pretende dar una visión más clara del estado inicial y final del Sistema de Gestión de la Calidad en la E.S.E HUS.

8.1.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

Los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial del sistema de gestión de la calidad para el Hospital Universitario de Santander se ven reflejados en los siguientes gráficos de barras, en los que se puede establecer un análisis detallado y una perspectiva más clara sobre el nivel de cumplimiento de la entidad con respecto a los requisitos establecidos por la norma GP 1000-2004 para la implementación del sistema de gestión de la calidad.

Según los datos arrojados en el diagnóstico inicial, se concluye que el Hospital Universitario de Santander tiene un nivel de cumplimiento del 8,12% sobre el 100%, lo cual corresponde a la totalidad de los requisitos establecidos por la norma NTC GP 1000 – 2004. Éste porcentaje es significativamente bajo, debido a que no existe un diseño ni planificación del sistema ni mucho menos seguimiento análisis y medición del mismo. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Resultados del diagnóstico inicial del S.G.C por capítulos según los requerimientos de la NTC GP 1000 – 2004



CAPÍTULO S DE LA NORMA GP 1000-2004

Fuente: Autoras

La entidad en estos momentos cuenta con un excelente grupo de profesionales vinculados al área de calidad, que podrían aportar a la implementación del sistema. Se recomienda realizar una re-estructurar a la oficina de calidad, realizar una planeación

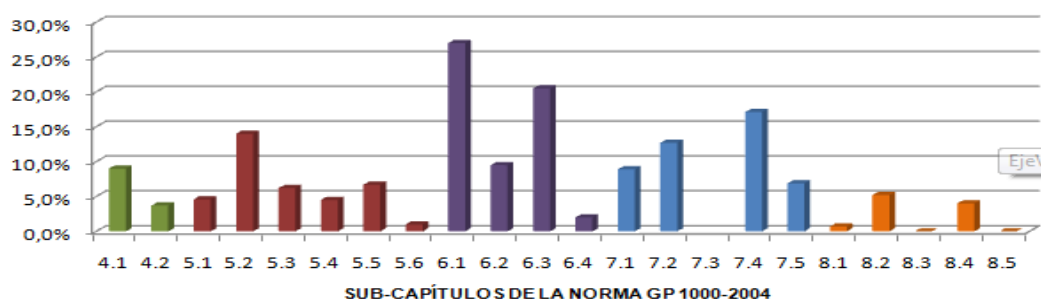
estratégica de acuerdo con las metas que se pretenden alcanzar, entre esas, la implementación del sistema de gestión de la calidad, asignar funciones de tal manera que se pueda cumplir con los requisitos de la norma, para ello, establecer un organigrama en que se demuestre la integridad del sistema y la armonía de los procesos.

En la gráfica 1, se resalta el esfuerzo que la entidad ha venido realizando en cuanto la planificación y realización de sus servicios, (Requisitos del Capítulo No 7), en la cual se evidencia la documentación y planificación de la mayoría de sus servicios pero no se realizó bajo los requisitos obligatorios que la norma GP 1000 - 2004 exige, por lo tanto el nivel de cumplimiento es relativamente bajo. No existe evidencia suficiente que demuestre el diseño, planificación y medición del sistema, por lo tanto los requisitos de los capítulos 4, 5, y 8 se encuentran en un nivel de cumplimiento muy inferior.

Cómo conclusión, la entidad no cuenta con un sistema de gestión de la calidad lo suficientemente veraz que proporcione la eficiencia y efectividad en los servicios que el Hospital universitario ofrece, pero si cuenta con los recursos necesarios para poder realizar el debido diseño, planificación e implementación del sistema de gestión de la calidad, según los requisitos de la norma GP 1000 – 2004.

Para lograr un diagnóstico más profundo sobre el nivel de cumplimiento del sistema de gestión de la calidad, se quiso mostrar por medio de gráficas más detalladas los resultados arrojados en el cumplimiento de cada requisito exigido por la norma NTC GP 1000 – 2004, indicando posteriormente, las falencias o fortalezas que se encontraron, dejando claro las observaciones para poder realizar un buen diseño y documentación del sistema. (Ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Resultados del diagnóstico inicial del S.G.C por sub - capítulos según los requerimientos de la NTC GP 1000 – 2004



Fuente: Autoras

Observando la gráfica, la entidad mantiene un mapa de procesos en los que se definen todos los procesos con los que el Hospital Universitario cuenta, aunque en estos momentos no se encuentra actualizado.

En estos momentos, el hospital necesita una actualización de todos los procesos y procedimientos de acuerdo con los requisitos de la norma y las modificaciones que se le han realizado a los procesos y nuevos decretos que han sido aprobados por ley.

El requisito 7.3 (Diseño y Desarrollo), no aplica para la institución, debido que ésta es prestadora de servicios de salud, y no se realiza ningún tipo de diseño ni desarrollo de productos. Ningún procedimiento cuenta con un análisis, medición ni mucho menos seguimiento, por lo tanto no cumplen con los requisitos del capítulo 8 (Seguimiento y Medición), ni con los requisitos del numeral 4.1 (e y f)

El hospital cuenta con una amplia estructura, adecuada a las especificaciones que por ley requiere la prestación de servicios en salud. Existe un proceso para el mantenimiento de la infraestructura, pero no existe evidencia de la implementación del mismo, ni seguimiento, y no demuestra los requisitos que exige la norma, cómo los registros en los que se evidencia la implementación del procedimiento o proceso.

La entidad cuenta con un mapa de procesos, en el cual no se evidencia la estructura adecuada para la interrelación de los mismos ni la adecuación a los objetivos establecidos

por cada proceso general: (Misionales, Estratégicos, Apoyo, Evaluación); entre los cuales, se encuentran documentados la mayoría de los procesos que los integran pero no cumplen con los requisitos establecidos por norma, por lo tanto, es necesario realizar un cambio de versión de todos los procesos del Hospital Universitario de Santander, adecuándolos a las necesidades que en estos momentos la entidad requiere, los lineamientos que por ley se deben cumplir y los requisitos que la norma NTC GP 1000 establece.

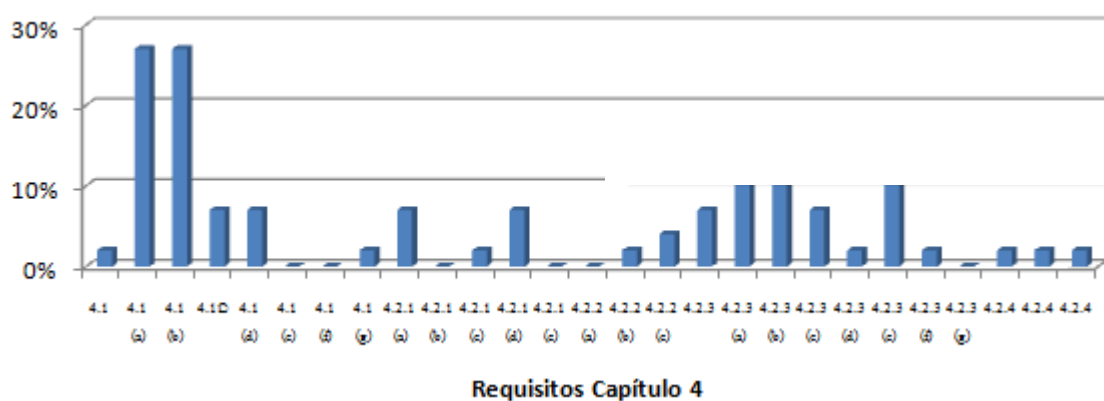
Durante el análisis del nivel de cumplimiento sobre lo establecido en el Capítulo 4 de la norma NTC GP 1000-2004, se concluye lo siguiente:

- ✓ La entidad cuenta con la estructura de un mapa de procesos, en el cual se registra los procesos que conforman el sistema: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo y Procesos de Evaluación.
- ✗ El mapa de procesos establecido por el hospital universitario, debe ser re-estructurado, debido a que no se encuentran incluidos todos los procesos que conforman el sistema.
- ✗ No se lleva a cabo la determinación de los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de los procesos sean eficaces y eficientes, debido a que las caracterizaciones, no plantean un formato en el que se especifique las entradas de cada proceso, las actividades a realizar, el seguimiento y la medición del mismo.
- ✗ No se establecieron los métodos para realizar el proceso de seguimiento y medición y análisis del sistema. No existe un manual de indicadores que demuestre la veracidad y eficiencia de los procesos.
- ✓ La entidad tiene establecido, bajo la autoría de un firma externa, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad, pero no se

establece un procedimiento en el que se demuestre cómo este proceso se lleva a cabo, cómo se le puede dar seguimiento y control.

- ✓ La entidad tiene establecida una política de calidad y unos objetivos de calidad, acordes a la misión y visión del Hospital.
- ✗ La entidad, no socializa ni comunica a sus servidores públicos, los objetivos de calidad ni la política de calidad, afectando de éste modo, la comunicación interna, evitando que todos tengan una misma visión a cerca de las metas que el hospital establece y la visión por lo cual se identifica.
- ✗ La entidad, no cuenta con un manual de calidad, en el que se establezcan los objetivos y política de calidad, el alcance del sistema ni los procesos que integran el mismo sistema.
- ✗ La entidad no establece un procedimiento documentado en dónde se identifique cómo los documentos se controlan, estableciendo la aprobación de los mismos, las actualizaciones y correcciones, la identificación clara de cada documento y el buen estado de los mismos.
- ✗ De igual manera, no existe un procedimiento documentado, en el que se establezcan el control de los registros, su identificación y aprobación, el estado de los mismos, su recolección y mantenimiento. (Ver Gráfico 3).

Gráfica 3. Resultados Del diagnóstico inicial, capítulo 4: Requisitos generales.



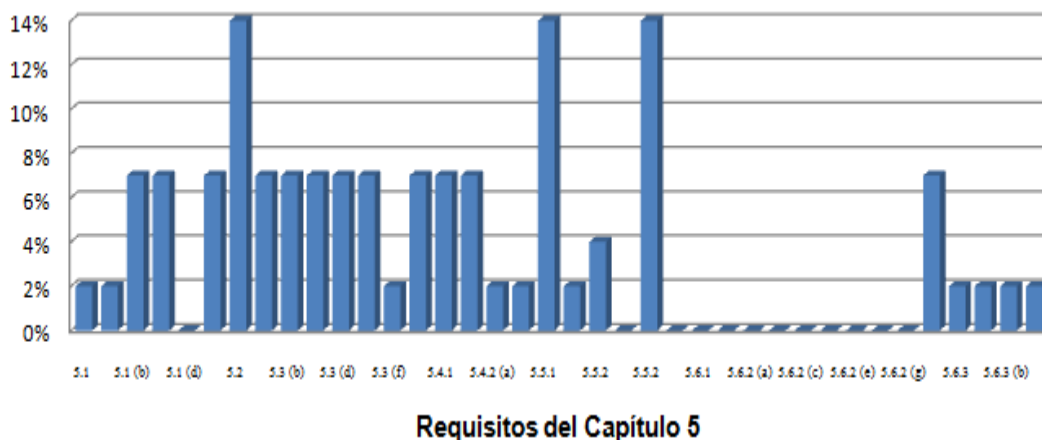
Fuente: Autoras

Durante la revisión del Capítulo 5 de la NTC GP 1000-2004, de acuerdo con los requisitos de la norma se obtienen los siguientes resultados:

- ✓ La alta dirección se encuentra comprometida con la disponibilidad de recursos para el desarrollo del sistema.
- ✗ La alta dirección, no proporciona evidencia sobre su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, según la NTC GP 1000, así como la mejora continua de su eficacia y eficiencia.
- ✓ La alta dirección, mantiene un enfoque hacia la satisfacción de los requisitos del cliente, esto permite dar cumplimiento al enfoque que la norma tiene de satisfacer al cliente en su máxima expresión.
- ✗ La entidad no ha realizado una planificación veraz sobre el sistema de gestión de la calidad que se quiere implementar.
- ✗ De igual manera, no se mantiene el mejoramiento continuo del mismo, debido al poco seguimiento que se le ha prestado al sistema.

- ✓ La entidad, se encuentra abierta a sugerencias y cambios para poder desarrollar a cabalidad la implementación de un sistema de la calidad regido por la norma NTC GP 1000.
- ✓ La entidad, proporciona y evidencia un manual de perfiles de cargos y un organigrama de la organización, demostrando la autoridad y responsabilidades de cada servidor público que hace parte de la institución.
- ✗ Hasta el momento, la alta dirección no tiene bien definido el representante de la dirección del sistema de gestión de la calidad, aunque existe un servidor público encargado de la oficina de calidad, no existe un documento en el que se delegue las funciones de velar por la veracidad del sistema.
- ✓ No existen registros sobre el informe de la dirección, en el que se establezca el estado actual del sistema de gestión de la calidad.
- ✓ La entidad cuenta con un programa de comunicación interna, manejado desde la oficina de desarrollo institucional. Se recomienda realizar más seguimiento al programa y actualizarse en medios tecnológicos para que la comunicación sea eficiente y continua. (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Resultados del diagnóstico inicial. Capítulo 5: Responsabilidades de la dirección.

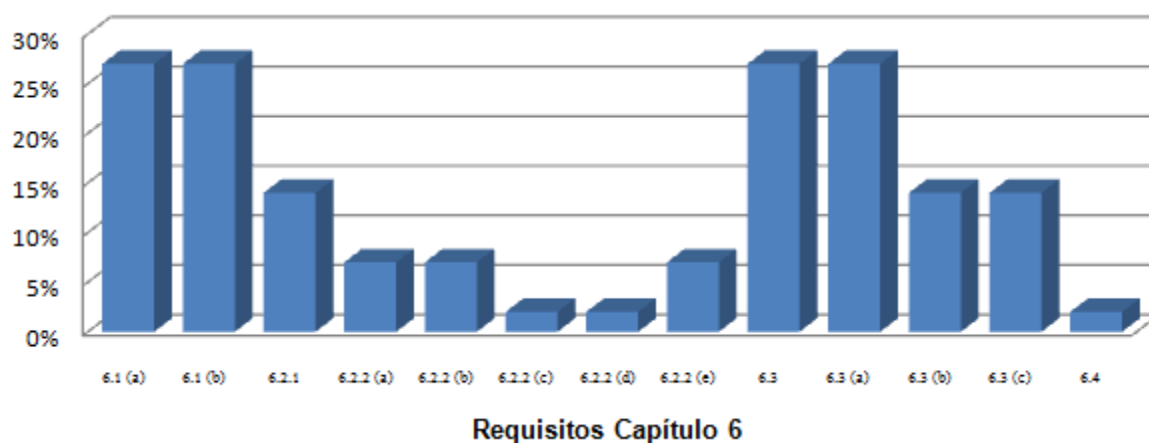


Fuente: Autoras

En la revisión de los requisitos del Capítulo 6 de la norma, se analiza lo siguiente:

- ✓ La entidad posee todos los recursos necesarios para el desarrollo e implementación de un sistema de gestión de la calidad así como la satisfacción total del usuario. Para ellos, existe una oficina de calidad, con personal profesional quienes serán los encargados de velar por la eficiencia y eficacia del sistema, del mismo modo, bajo la supervisión de la oficina de calidad, cuenta con un sistema de atención al usuario, en dónde se le proporciona soluciones tratando de satisfacer al máximo sus necesidades.
- ✓ La institución cuenta con un manual de perfiles de cargos, en él se establece el nivel de formación y educación requerido para poder desempeñarse como servidor público de la institución.
- ✗ En la oficina de talento humano, no proporcionan evidencia de una programación de sus capacitaciones, afectando de este modo la veracidad del proceso.
- ✗ No existe evidencia del mejoramiento continuo del proceso de recurso Humano.
- ✗ La institución no verifica que sus servidores públicos cumplan con los requerimientos del cargo, debido a que estos son contratados por medio de contratistas a los cuales, no se les realiza ningún tipo de supervisión.
- ✓ La entidad establece la infraestructura necesaria para la conformidad de los servicios ofrecidos por la misma.
- ✗ Se requiere gestionar más la comunicación interna y gestionar un ambiente de trabajo sano, promoviendo de este modo el buen desarrollo del sistema. (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Resultados del diagnóstico inicial. Capítulo 6: Gestión de recursos.



Fuente: Autoras

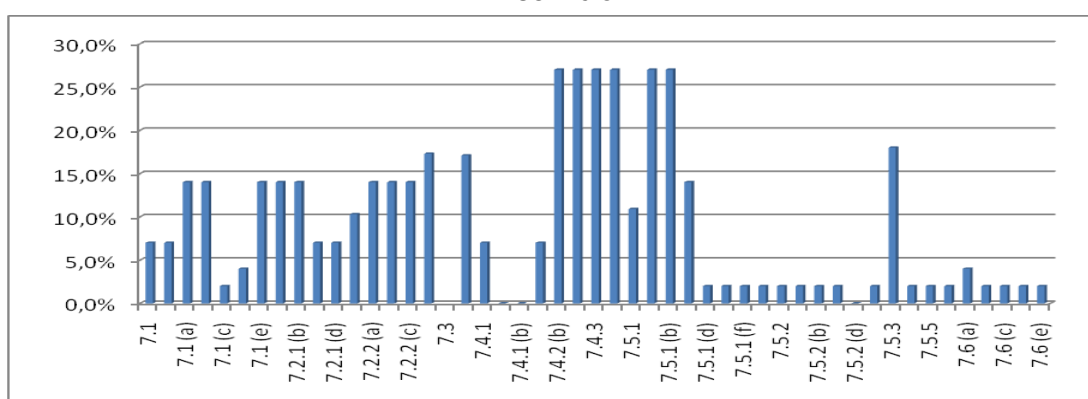
Según los requisitos establecidos en el Capítulo 7 de la Norma Técnica Colombiana, se concluye lo siguiente:

- ✓ La entidad tiene muy bien planificados sus servicios, cuenta con un portafolio en donde se especifica todos los servicios que ofrece el hospital, de igual manera, todos los servicios se rigen a cabalidad por los lineamientos que la ley exige.
- ✓ La entidad en estos momentos cuenta con 29 procesos documentados, pero es necesario el cambio de versión de los mismos, realizando una actualización de todos los procedimientos de acuerdo con los cambios en el servicio, los requisitos de la norma GP 1000, y los cambios que la ley ha venido exigiendo.
- ✗ La entidad no mantiene los registros necesarios para dar conformidad a los procesos, de tal manera, que ningún proceso proporciona evidencia de las actividades que se desarrollan y la eficiencia y efectividad de las mismas, complicando un poco, el proceso de seguimiento y medición.
- ✓ La entidad se encuentra enfocada hacia la satisfacción del usuario, por lo tanto todos sus procesos se establecen pensando en la satisfacción del mismo.

- ✗ La entidad, no mantiene un proceso documentado con todos los requisitos exigidos por la norma NTC GP 1000, en los que se pide el cumplimiento requerimientos de los usuarios o clientes externos que hagan uso de los servicios del hospital.
- ✓ La entidad mantiene una supervisión exhaustiva de todos los servicios que proporciona, mediante la oficina de calidad, por medio del PMEC, el cual es el plan de mejoramiento continuo de los servicios de salud prestados por la entidad.
- ✗ La entidad no mantiene una comunicación eficiente sobre los cambios que se presentan en la prestación de sus servicios, llevando así a un mal manejo de la información ocasionando molestias en la prestación del servicio.
- ✗ La entidad no mantiene los registros necesarios para proporcionar la efectividad de los procesos que se llevan a cabo y la prestación de los mismos.
- ✓ La entidad a través de la oficina de atención al usuario, mantiene una comunicación con el mismo, atendiendo las quejas o reclamos así como sugerencias de los mismos.
- ✗ Se sugiere, realizar un cambio de versión al proceso de atención al usuario, debido a las falencias que se han encontrado en cuanto su labor como el de atender las sugerencias y reclamos de los usuarios.
- ✓ La entidad cuenta con un departamento de contratación, que es el encargado de realizar la supervisión y contratación de servicios complementarios para la prestación de los servicios.
- ✗ La entidad no deja evidencia de la evaluación y re-evaluación de sus proveedores.
- ✓ La entidad mantiene bajo contratación algunos servicios, estos se dan por medio de licitaciones públicas, las cuales son emitidas por el hospital y evaluadas por el mismo, en dónde se establece por medio de un pliego de condiciones todos los requerimientos del servicio.

- ✘ La entidad no establece los requisitos del sistema de gestión de la calidad cuando realiza una contratación de algún servicio.
- ✘ La entidad no proporciona evidencia de la supervisión de los servicios contratados por la misma, el proceso que se lleva a cabo, no cumple a cabalidad con los requisitos del sistema. (Ver Gráfica 6).

Gráfica 6: Resultados del diagnóstico inicial. Capítulo 7: Realización de la prestación del servicio.



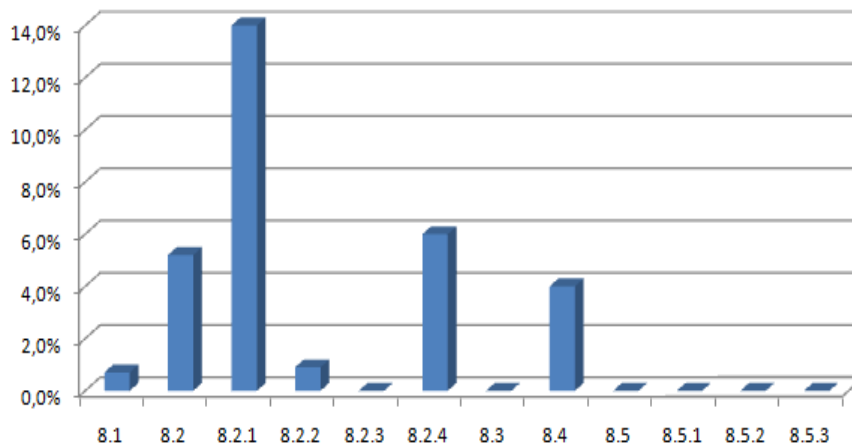
Fuente: Autoras

En la revisión de los requisitos del Capítulo 8 de la norma, se encuentra lo siguiente:

- ✘ La entidad hasta el momento no ha realizado auditorías internas de calidad, que midan la eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.
- ✓ Hasta el momento sólo han llevado a cabo auditorías médicas, las cuales miden la efectividad de los servicios prestados por el Hospital Universitario de Santander.
- ✘ La entidad no mantiene un proceso de seguimiento y medición, el cual verificaría la efectividad de los procesos vinculados al sistema de gestión de la calidad.
- ✘ No existe evidencia de un control al servicio no conforme, la entidad no maneja el procedimiento de servicio no conforme.

- ✘ Hasta la fecha, la entidad no venía manejando los indicadores de gestión, que permitan validar la efectividad de los procedimientos, por lo tanto, no se ha podido realizar análisis de datos a los resultados.
- ✘ La entidad no ha realizado seguimiento a los procesos, por lo tanto no se ha podido llevar a cabo un plan de mejora continua.
- ✘ No existe evidencia del plan de acción de las no conformidades. (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Resultados del diagnóstico inicial, capítulo 8: Seguimiento y medición.



Fuente: Autoras

8.1.3 DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC GP 1000-2004.

Para lograr tener una idea más exacta del nivel de cumplimiento de la entidad con respecto a la documentación exigida por la norma y poder verificar que la documentación hallada sea conforme a los requisitos de la norma y del hospital, se decidió realizar un diagnóstico más específico sobre la documentación necesaria para llevar a cabo la implementación del sistema de gestión de la calidad.

Para ello, se elaboró un formato en Excel, (Ver anexo D), en dónde se especifican los requerimientos de la norma GP 1000-2004 con respecto a la documentación, los criterios de evaluación para determinar el estado actual de los documentos y la ponderación obtenida por cada uno de éstos. (Ver Figura 5).

Figura 5. Formato diagnóstico inicial de la documentación requerida por el sistema de gestión de la calidad, según la NTC NT GP 1000 - 2004.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		DIAGNOSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN NTC GP 1000-2004 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER								
Req. No	Documento / Registro	Estado Actual del Documento					Punt. %	Total %	Total Cap %	Observación
		N/A	D/NE	D/ID	D/A	PSM				
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									2,8%	
4.1 Requisitos Generales									3,6%	
4.1 (a) - (b)	Mapa de Procesos				X	10%			Mapa de Procesos HUS	
4.1 (c)	Manual de Caracterizaciones de los procesos	X				0%				
4.1 (e)	Manual de Ficha de Indicadores	X				0%				
4.1 (g)	Procedimiento para la Gestión de Riesgos	X				0%				
	Mapa de Riesgos				X	5%			Mapa de Riesgos	
	Política de Riesgos				X	5%			Política de Riesgos	
	Plan de Control de los Riesgos				X	5%			Plan de control de Riesgos	
4.2 Gestión Documental									2,0%	
4.2.1 Generalidades									3,3%	
4.2.1 (a) / 5.3	Política de Calidad				X	5%			Política de Calidad	
4.2.1 (a)	Objetivos de Calidad				X	5%			Objetivos de Calidad	
4.2.1 (b)	Manual de Calidad					0%				
4.2.2		X								
4.2.1 (c) Documentos Obligatorios									1,0%	

Fuente: Autoras

En dónde:

- 1 = Número del requisito de la norma en la que se pide un documento.
- 2 = El nombre del documento (Procedimiento, Registro, Instructivo, Manual, etc.),
- 3 = Estado actual de los documentos, (Criterios de Evaluación)

D/NA	No Aplica
D/NE	Aplica pero no Existe
D/ID	Existe pero Incompleto o Desactualizado
D/A	Existe Actualizado e implementado
PSM	Se encuentra en proceso de seguimiento y medición

Fuente: Autoras

4 = Ponderación estimada para cada debe de la norma NTC GP 1000.

5 = Ponderación estimada para cada sub-capítulo de la norma NTC GP 1000.

6 = Ponderación estimada para cada capítulo de la norma NTC GP 1000.

Se tomaron en cuenta cuatro criterios de evaluación para determinar el estado actual de los documentos, para ello, se estableció una ponderación por medio de la razón geométrica la cuál fue calculada de la siguiente manera:

$$R = \sqrt[4]{(10/1)} = \underline{\underline{2,15443469}}$$

A partir de los cálculos, se han definido los criterios que se presentan en la tabla No 3.

Tabla 3. Criterios de evaluación para la documentación exigida por la NTC GP 1000 - 2004

No	Criterio	Descripción	Ponderación %
1	D/NA	No Aplica	~
2	D/NE	Aplica pero no Existe	0
3	D/ID	Existe pero Incompleto o Desactualizado	2
4	D/A	Existe Actualizado e implementado	5
5	PSM	Se encuentra en proceso de seguimiento y medición	10

Fuente: Autoras

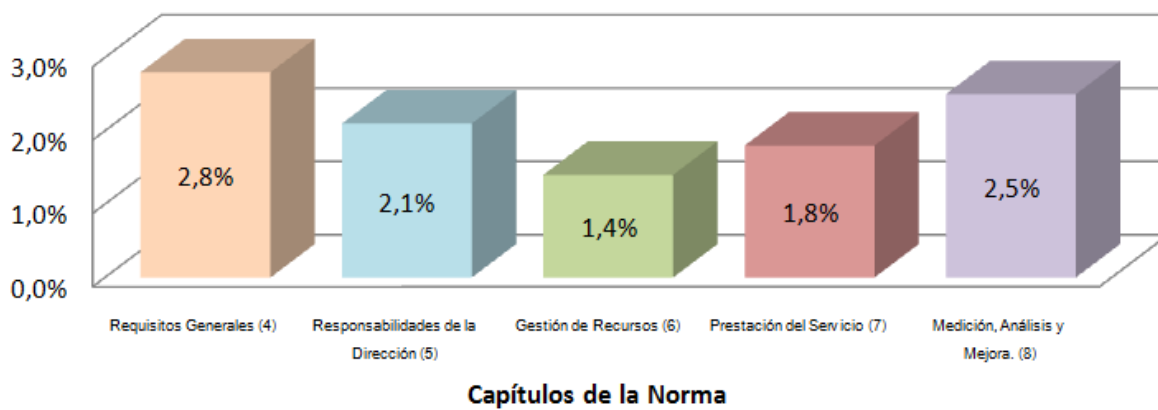
8.1.4 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA NORMA NTC GP 1000 – 2004.

Según los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial de la Documentación exigida por la norma y la entidad, se concluye lo siguiente:

El Hospital Universitario de Santander sólo cumple con un 2,1% de la documentación citada por la Norma técnica Colombiana NTC GP 1000-2004 y el cumplimiento de los requisitos de la documentación citada por la misma. La entidad cuenta con algunos procedimientos documentados requeridos para su funcionamiento pero éstos no se adecuan con los requisitos establecidos por la norma, impidiendo así, un eficaz proceso de implementación.

En la actualidad el hospital cuenta con una oficina de calidad, lo cual refleja un compromiso por parte de la dirección de la entidad, estableciendo recurso humano para el buen funcionamiento del sistema. Es importante realizar una re-estructuración de la Oficina en la cual se delegue funciones para el mantenimiento e implementación del sistema. Es necesario que la entidad y la alta dirección establezcan un compromiso directo con el sistema de gestión de la calidad estableciendo el representante de la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, quien será el encargado de revisar, mantener y ejecutar a cabalidad el sistema de calidad. De igual manera es importante crear el comité de calidad, primero porque es un requisito de la norma y segundo porque ayudaría al buen funcionamiento del sistema. Hasta el momento en la entidad no se realizan las revisiones pertinentes del sistema y no dejan evidencia de la gestión realizada por la misma oficina. (Ver Gráfico 8).

Gráfica 8. Diagnóstico inicial del nivel de cumplimiento de la documentación según la norma técnica colombiana NTC GP 1000.

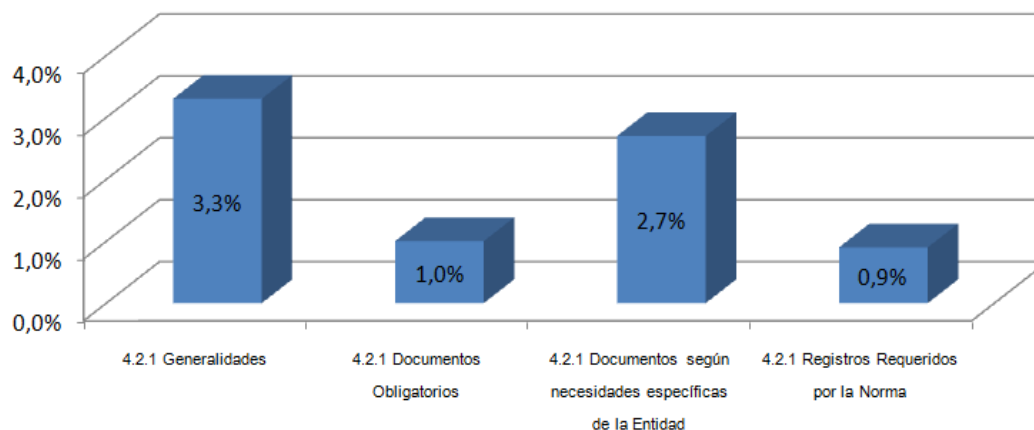


Fuente: Autoras

La norma técnica colombiana NTC GP 1000-2004, Requiere de cierta documentación obligatoria como mínima para una eficaz implementación del sistema de gestión de la calidad. El Hospital Universitario de Santander sólo cumple con el 2,8% de la totalidad de la documentación general requerida por la norma; esto se debe a que:

- ✖ Sólo se mantiene establecido un mapa de procesos, el cual no se encuentra actualizado de acuerdo con los procesos del Hospital Universitario de Santander ni tampoco cumple con los criterios de la norma de calidad para un buen entendimiento del sistema de calidad.
- ✖ Los procedimientos obligatorios requeridos por la norma no se encuentran completos ni acordes con los requisitos de la misma faltándoles los procedimientos de auditorías internas, revisión por la dirección, acciones correctivas y acciones preventivas así como producto no conforme. existe un procedimiento de control de documentos que no cumple con la totalidad de los requisitos de la norma, por lo cual se sugiere realizar el cambio de versión de acuerdo a la norma técnica NTC GP 1000-2004.
- ✖ Siendo el Hospital Universitario de Santander una entidad prestadora de servicio de Salud, ésta debe cumplir con los procedimientos establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los cuales no se encuentran documentados ni definidos en el entidad incumpliendo no solo un requisito de la norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004 sino también, con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad el cual es mandatorio para la entidad.
- ✖ De igual manera la entidad no establece ni mantiene los registros necesarios para que evidencien la veracidad del sistema de gestión de la calidad. Los procesos documentados no demuestran suficiente evidencia lo cual implican no conformidades en la implementación del sistema. (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Diagnóstico inicial del nivel de cumplimiento de la documentación de cada capítulo según la norma técnica colombiana NTC GP 1000.



Fuente: Autoras

Según el capítulo 4 de la Norma, se debe mantener, establecer y documentar procedimientos acordes a la entidad, por lo tanto, se realiza un análisis sobre el nivel de cumplimiento en la documentación de los procesos establecidos en el Hospital Universitario de Santander, encontrando los siguientes resultados:

El Hospital Universitario de Santander maneja un enfoque basado en procesos, 'lo cual permite identificar y gestionar de manera eficaz numerosas actividades relacionadas entre los mismos. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción'¹⁷

El modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos ilustra los vínculos entre los procesos presentados en los capítulos 4 a 8. Éste modelo muestra que los usuarios juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada. El Mapa de Procesos de la entidad (*Ver Anexo A*), no refleja de manera eficaz la interacción entre los procesos para garantizar la satisfacción del Usuario, por lo tanto, se recomienda modificar y actualizar el Mapa de Procesos de la entidad vinculando todos los procesos pertenecientes al mismo y reflejando la interacción entre estos para proporcionar una mayor satisfacción al usuario.

¹⁷ Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004, Enfoque por Procesos. Bucaramanga, 2009 p 8-9.

El mapa de procesos del Hospital Universitario de Santander, se encuentra dividido en cuatro (4) grandes procesos: Procesos estratégicos, procesos misionales, procesos de apoyo y procesos de evaluación.

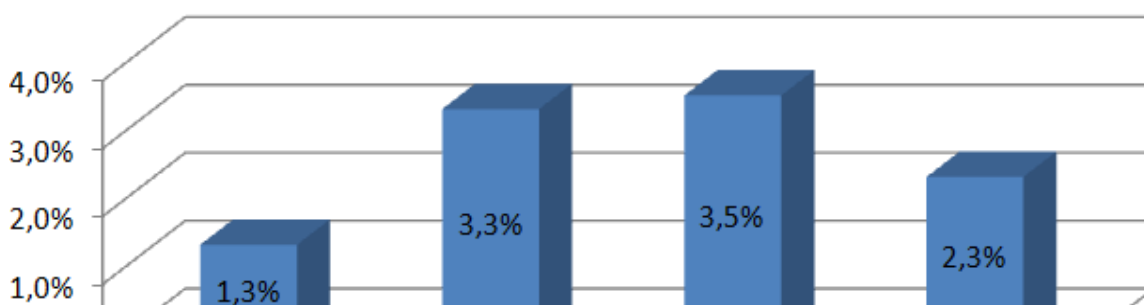
- *Procesos Estratégicos*: En cuanto al diagnóstico inicial de acuerdo con los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004, la entidad cumple con 1,3% de la totalidad de la documentación de los procesos pertenecientes a éste, por otra parte, los documentos no se encuentran establecidos bajo los requerimientos de la norma y no existe evidencia de la documentación de uno de ellos (Direccionamiento Estratégico).

- *Procesos Misionales*: Los procesos misionales del Hospital Universitario de Santander se encuentran establecidos bajo los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (sistema exigido para entes de salud), los cuales se encuentran documentados en su mayoría, obteniendo 3.3% del nivel de cumplimiento de la norma NTC GP 1000-2004, lo que implica, realizar el cambio de versión de los mismos de acuerdo con las especificaciones establecidas por la Norma de Calidad.

- *Procesos de Evaluación*: No existe evidencia de la documentación de algunos de los procesos, cumpliendo así con 3,5% de los requerimientos establecidos por la norma en cuanto los requisitos de la documentación exigida por la misma. Es necesario elaborar y ajustar los procesos para darle cumplimiento a la Norma y así poder tener un proceso de implementación eficaz de la misma.

- *Procesos de Apoyo*: Los procesos de Apoyo cuentan con 2,3% de nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos por la Norma NTC GP 1000-2004; estos, no se encuentran documentados en su totalidad y no están acordes con las condiciones establecidas por la norma de calidad, impidiendo así la implementación del sistema de gestión de la Calidad. (Ver Gráfica 10).

Gráfica 10: Resultados del diagnóstico inicial de la documentación por procesos de la E.S.E HUS.



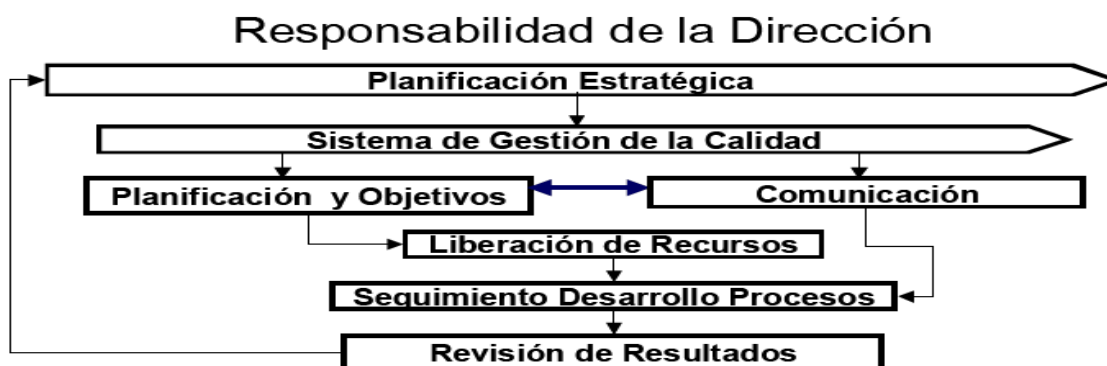
Fuente: Autoras

9. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD

La planificación estratégica de la calidad se diseñará con base a los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial elaborado en la ESE HUS, pues por medio de este se podrá identificar las condiciones en que se encuentran cada uno de los procesos y el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por la NTC GP1000:2004. Por tanto los resultados arrojados por el diagnóstico inicial serán el soporte fundamental para la elaboración del diseño estratégico del sistema de gestión de la calidad en el Hospital Universitario de Santander (ESE HUS), en este numeral se encontrará la metodología a seguir para el proceso de diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad en la ESE HUS.

“La planificación estratégica de la calidad, entendida como un conjunto de políticas definidas por la alta dirección para satisfacer las necesidades y especificaciones del cliente, debe estar incorporada a la planeación estratégica de la entidad. (Misión, Visión, Directrices Organizacionales)”¹⁸ en la Figura 6. Interacción en la de Planificación estratégica de la calidad, se ilustra la interacción de actividades que intervienen en la planeación estratégica de la calidad

Figura 6. Interacción en la de Planificación estratégica de la calidad



Fuente: Guía de diseño implementación del sistema de gestión de la calidad

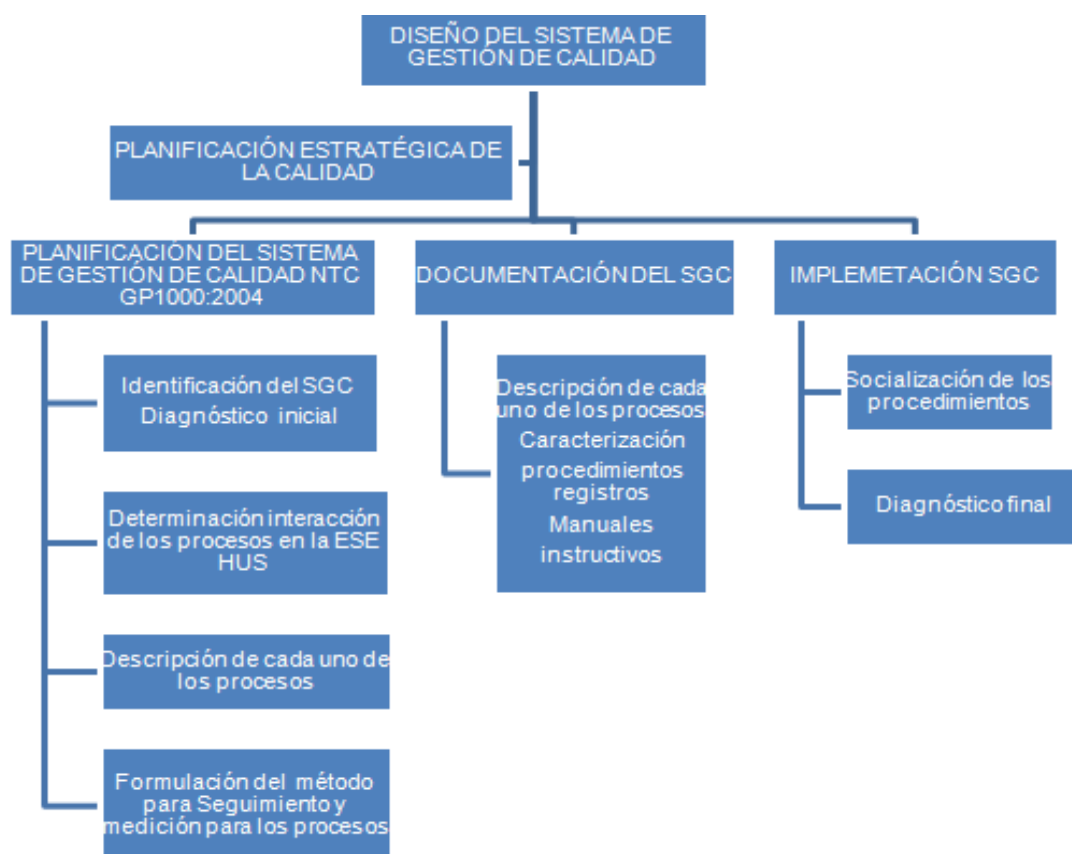
¹⁸ Definición planeación estratégica de la calidad, Tomado de : GUÍA DE DISEÑO IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, bajo la NTC GP1000:2004, Recopilado: 03 marzo de 2009

9.1 PROPÓSITOS PRINCIPALES DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA

- Diseñar la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en la ESE HUS
- Documentar el sistema de gestión de la calidad, según las interrelaciones existentes entre los distintos procesos involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad, según las disposiciones de La NTC GP1000:2004 en el Hospital Universitario De Santander
- Establecer los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad mediante el diseño del mapa de procesos de la ESE HUS

A continuación se ilustra la metodología para el diseño del Sistema De Gestión De Calidad bajo la NTC GP1000:2004

Figura 7. Metodología para el Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad

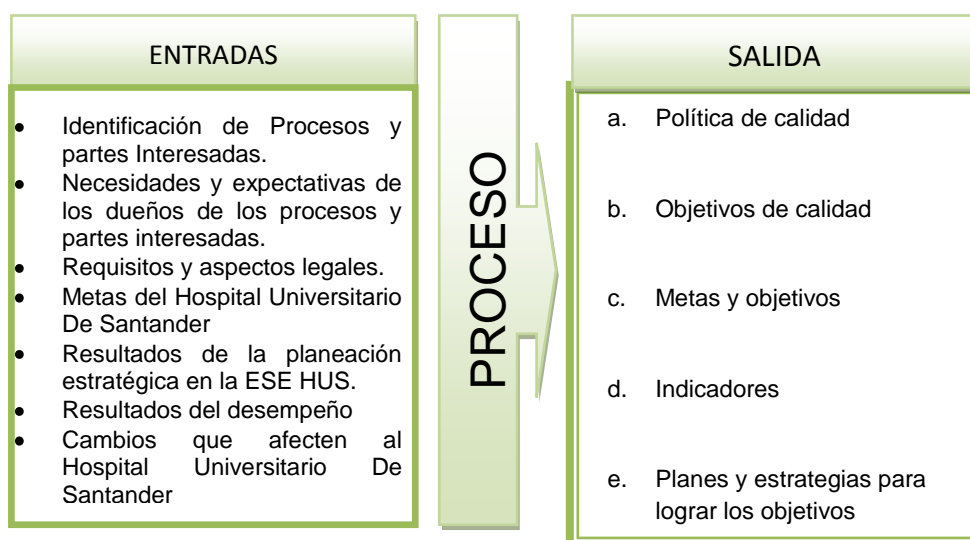


Fuente: Autoras

9.2 DISEÑO DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, como proceso, tiene unas entradas y unas salidas, que consisten en información, en la Figura 8 se ilustran los componentes de la planificación del sistema de gestión de la calidad en el Hospital Universitario de Santander.

Figura 8. Componentes de la planificación del sistema de gestión de la calidad



Fuente: Autoras

POLÍTICA DE CALIDAD

Como primera instancia la alta dirección de la ESE HUS debe sustentar su compromiso con el sistema de de gestión de calidad mediante la estipulación y cumplimiento de la política de calidad en la ESE HUS, esta política de calidad se encontrara plasmada en el manual de calidad de la ESE HUS, junto con sus objetivo de calidad.

Según la NTC – GP 1000:2004; La política de calidad es una declaración formal y documentada de las intenciones globales y orientación de una entidad, adecuada a la misión de la entidad, cumplir con los requisitos de sus usuarios, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.

OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Una vez se tiene establecida la política de la calidad se procederá a establecer los objetivos de la calidad, los cuales deben ser coherentes con los compromisos declarados en la política, claros, específicos, medibles y alcanzables; es decir que estén dentro de las posibilidades reales de la ESE HUS para cumplirlos.

Para esto se utiliza la herramienta que se presenta en la Tabla 4, la cual relaciona los lineamientos de la política con su respectivo objetivo, meta, indicador y estipulación del tiempo para lograr el objetivo.

Tabla 4. Herramienta para definir objetivos de calidad

COMPROMISOS DE LA POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVO	META	INDICADOR	TIEMPO PARA LOGRAR EL OBJETIVO

Fuente: Autoras

OBJETIVO DE CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

- **Compromiso con la Academia:** Incrementar el aporte de la academia con la misión de la E.S.E HUS.
- **Equipo Humano Altamente Calificado:** Propender por el conocimiento y especialización del personal médico y administrativo de la E.S.E HUS
- **Atención Humanizada:** Aumentar el compromiso del personal administrativos y asistencial de la E.S.E HUS, para con el trato a pacientes y su familia
- **Pertinentes y Seguros:** Realizar el seguimiento de eventos adversos trazadores en salud, propendiendo por la vigilancia y control del riesgo en el paciente.
- **Centrada en el Cliente:** Aumentar la satisfacción del paciente y su familia en los servicios de la E.S.E HUS asistenciales y administrativos.

METAS Y OBJETIVOS

Las metas y los objetivos en cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la ESE HUS se plantean teniendo en cuenta su responsabilidad con el cumplimiento de la misión de la entidad, la cual consiste en contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano.

INDICADORES

Deben estar enunciados en la caracterización de los procesos. El término “indicador” en el lenguaje común se refiere a datos esencialmente cuantitativos, que permiten saber como se encuentran las cosas en relación con algún aspecto de la realidad que interesa conocer. Los indicadores pueden ser medidas, números, hechos, opiniones o percepciones que señalen condiciones o situaciones específicas.

El desempeño de una empresa debe medirse en términos de resultados, los resultados se expresan en índices de gestión, a su vez los índices de gestión son una unidad de medida gerencial que permite evaluar el desempeño de una organización frente a sus metas, objetivos y responsabilidades con los grupos de referencia. En otras palabras es la relación entre las metas u objetivos y los resultados.

Los índices de gestión en la ESE HUS son una unidad de medida gerencial que permite evaluar el desempeño de una EMPRESA frente a sus metas, objetivos y responsabilidades con los grupos de referencia; es decir, la relación entre las metas, objetivos y los resultados

Un indicador es una medida de la condición de un proceso o evento en un momento determinado, que en conjunto pueden proporcionar una visión del panorama de la situación de un proceso, negocio o de las ventas de una compañía.

Los indicadores permitirán tener un control adecuado sobre la situación dada, de ahí su importancia al hacer posible el predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global dentro de cada proceso.

Los indicadores son una forma clave de retroalimentar el proceso, de monitorear el avance o ejecución de un proyecto, planes estratégicos, etc., y son más importantes si su tiempo de respuesta es muy corto, ya que esto permite que las correcciones o ajustes que se necesiten realizar sean en el momento preciso.

Existen elementos determinantes para configurar los indicadores como: nombre, objetivo que apoya, unidad de medida, frecuencia de medida, procedimiento de cálculo, sentido (+ ó -), meta, fuente de información, responsable, entre otros. Para empezar a construir indicadores de gestión es necesario conocer el enfoque de gestión integral de la ESE HUS, el cual posee tres elementos:

- ❖ **Direccionamiento Estratégico:** Es responsabilidad de la alta dirección
 - La formulación de los grandes propósitos de la organización: Misión, Visión, Valores Corporativos y las Áreas de Direccionamiento Estratégico.
 - Las políticas corporativas (objetivos, estrategias y metas relacionadas con los cambios fundamentales que se deben dar en la organización para el logro de la Visión).
 - La metodología de Seguimiento.

- ❖ **Transformación Cultural:** Se refiere al cambio de actitud de las personas que laboran en la ESE HUS y a la entidad como tal. Consiste en desarrollar una gran capacidad para enfrentar el cambio y ser partícipes del mismo. Genera un reto para las personas y las organizaciones que desean mantenerse con éxito. Ese reto implica, a su vez, un proceso de aprendizaje permanente, individual y colectivo para aprender cosas nuevas y desaprender aquellas que ya no funcionan.

- ❖ **Gerencia de procesos (día a día):** Se refiere a la interacción sistemática y metódica con los procesos. De este gerenciamiento depende la efectividad de La prestación de servicios que la ESE HUS ofrece a sus usuarios

Los objetivos de la gerencia de procesos son:


- Eliminar y/o bloquear las causas fundamentales de los problemas.

- Garantizar que los procesos de la organización sean gerenciados donde se ejecutan.
- Eliminar el trabajo innecesario.
- Mantener los niveles alcanzados.

La Gerencia de Procesos de la ESE HUS está orientada con el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar correctivamente) que se constituye en la concepción gerencial básica que dinamiza la relación entre el hombre y los procesos.

La implementación de la gerencia de procesos en la ESE HUS se hace mediante el uso adecuado de diversos métodos y herramientas que se utilizan de acuerdo con las necesidades muy particulares y sobre todo muy específicas, es decir, de acuerdo con el estado de cada uno de los procesos existentes en el Hospital Universitario De Santander evidenciado en el diagnóstico inicial del sistema de gestión de la calidad del mismo y en el seguimiento medición de los indicadores de cada uno de los procesos. Ver Figura 9.

Figura 9. Formato de la ficha de indicadores

		NOMBRE DEL INDICADOR	
Objetivo del Indicador			
Procesos			
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR			
Fórmula			
Numerador			
Denominador			
Unidad de Medición			
Responsable de Medición			
Responsable de Análisis			
Frecuencia Toma de Datos			
Frecuencia Análisis			
ANÁLISIS DE DATOS			
META			
RANGO	EXCELENTE		
	ACEPTABLE		
	NO CUMPLIDA		
FECHA DE ACTUALIZACIÓN			

Fuente: Autoras

PLANES Y ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

La mejora de la calidad en el hospital universitario de Santander implica poner atención en forma integral y sistemática en cada uno de sus procesos, además inculcando en cada una de las áreas el mejoramiento continuo, concientizando a todo el personal sobre su compromiso en todos y cada uno de los objetivos de la calidad del la ESE HUS y proporcionando los recursos necesarios para la ejecución de sus procesos.

DISPOSICIONES PARA SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

Para cada uno de los procesos del hospital de Santander se plantearan sus correspondientes indicadores de medición, a los cuales se les hará un posterior seguimiento con la finalidad de mejorar continuamente. También se tendrán en cuenta los hallazgos de las auditorias internas que se ejecutarán en la ESE HUS y así dar cumplimiento con las disposiciones de la NTC GP1000:2004.

9.3. DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NTC GP1000:2004

Consiste en describir el paso a paso de cada uno de los procesos que se realizan en la E.S.E HUS. En primera instancia se deberá plantear el mapa de procesos de la entidad, donde se podrá ilustrar de manera resumida la interrelación de los procesos, clasificándolos como procesos misionales, de apoyo, estratégicos y de evaluación.

Luego de tener definido el mapa de procesos de la ESE HUS se procederá a realizar la documentación detallada de cada uno de los procesos los cuales deberán contener:

- a. Caracterización del proceso.
- b. Procedimientos.
- c. Instructivos.
- d. Manuales.
- e. Ficha de indicadores.
- f. Demás anexos de soporte que los procedimientos requieran.

Para la documentación de los procedimientos se tendrán que tener en cuenta las siguientes directrices establecidas por el Hospital Universitario De Santander por efectos de estandarización del formato del sistema de gestión de la calidad a implementar.

- **Encabezado y pie de página:** En este apartado se referencia el logo de la entidad, nombre del procedimiento y su correspondiente codificación.
- **Control de modificaciones:** Es un cuadro que va en el inicio de cada procedimiento donde se describirá de manera resumida los cambios y/o modificaciones de los procedimientos.
- **Objetivo del procedimiento:** es la descripción del propósito a cumplir por el procedimiento.
- **Alcance del procedimiento:** contiene una descripción clara de los límites hasta donde tendrá cubrimiento la aplicación del procedimiento.
- **Definiciones relacionadas con el procedimiento:** descripción de términos para la comprensión del procedimiento documentado.
- **Responsables del procedimiento:** referencia de los responsables o dueños de los procedimientos.
- **Condiciones generales del procedimiento:** son los lineamientos generales a tener en cuenta en los procedimientos.
- **Diagrama de flujo del procedimiento:** descripción gráfica de las actividades que se realizan en la ejecución del procedimiento.
- **Descripción de actividades:** Secuencia lógica de las actividades o etapas que deben desarrollarse para lograr el objetivo del procedimiento.

- **Socialización del procedimiento:** una vez el procedimiento este documentado deberá darse a conocer a cada una de las partes interesadas.
- **Referencias del procedimiento:** registros, manuales, instructivos, oficios, entre otros.

Respecto a los procedimientos obligatorios exigidos por la NTC GP1000:2004, para el Hospital Universitario de Santander, es de obligatoriedad establecer y mantener procedimientos documentados relacionados en la Tabla 5 que se muestra a continuación.

Tabla 5: Relación de los Procedimientos Obligatorios Exigidos por la NTC GP 1000-2004.

PROCEDIMIENTO	FINALIDAD
Control de documentos y registros	Definen cuales documentos afectan la calidad del producto
Producto no conforme	Implementar registros de calidad para la detección y corrección de defectos
Mejora continua	Inculcar el mejoramiento continuo de la empresa para lograr la no recurrencia de defectos en los servicios prestados a los usuarios(acciones correctiva y para detectar las causas de las no conformidades potenciales(acciones preventivas)
Auditorias internas	Permite medir el cumplimiento de requisitos de calidad
Revisión por la dirección	Definir el compromiso de la dirección frente al sistema de gestión de la calidad
Seguimiento y medición	Como medir el desempeño de los procesos

Fuente: Autoras

Los procedimientos de obligatorio cumplimiento mencionados anteriormente, luego de su correspondiente documentación serán socializados para su aprobación en comité de calidad, y luego en toda la entidad para efectos de la Implementación del sistema de gestión de la calidad. Finalmente en cada uno de estos procedimientos obligatorios y demás procesos establecidos en el Hospital Universitario de Santander se realizará una

auditoria interna enfocada en la documentación de los procesos y cumplimiento de lo que allí esta plasmado.

Las auditorias realizadas en cada uno de los procesos será la fuente de información para la realización del diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad implementado en la ESE HUS regido bajo la NTC GP1000:2004

9.4. DISEÑO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NTC GP1000:2004

El objetivo principal de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la ESE HUS será Poner en práctica lo establecido en los documentos diseñados y elaborados por la oficina de calidad y los responsables de cada uno de los procesos.

Para la implementación del sistema se llevaran a cabo las siguientes actividades:

- 1. Definir las fechas de socialización:** Estas fechas se fijan cada vez que el proceso este documentado y aprobado, motivo por el cual estas fechas de socialización y capacitación a las partes interesadas del proceso no son fechas fijas.
- 2. Distribuir la documentación a todos los implicados de la ESE HUS:** Después que la documentación del proceso se apruebe en comité, debe ser distribuida a las áreas en la medida en que vaya siendo aprobada y socializada.
- 3. Determinar las metodologías de capacitación y/o socialización en cada uno de los servicios:** Para efectos de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la E.S.E HUS se procederá a:
 - **Sensibilizar y capacitar a todo el personal:** Para esto se hará carta de invitación a cada responsable de los servicios y demás partes interesadas para que participen en la reunión, donde se darán a conocer las generalidades e implicaciones de la implementación del sistema de gestión de calidad bajo la NTC GP 1000: 2004 en la ESE HUS; lo anterior con la finalidad de darles a conocer los

beneficios que el SGC brinda por la institución y a la vez su compromiso y toma de conciencia para con el mismo.

- **Comunicación Dentro De Los Procesos:** la comunicación será por medio de reuniones en la sala de juntas, carteleras y diálogo directo entre los responsables del proceso y su personal a cargo en la ejecución de talleres de capacitación en conceptos y todo lo relacionado con el proceso y cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000:2004
- **Proporcionar El Recurso Humano Para La Implementación Del Sistema de Gestión de Calidad:** La oficina de calidad deberá establecer su comité de calidad y grupo de trabajo para el diseño, documentación e implementación del SGC, asignando responsabilidades a cada uno de ellos.
- **Realización del diagnóstico final de la implementación:** la oficina de calidad deberá realizar un diagnóstico final sobre las condiciones de los procesos para verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000: 2004 y todo lo documentado en los mismos después de su implementación.

4. Poner en práctica lo establecido en los documentos: Una vez el proceso ha sido aprobado en comité, el responsable del proceso será el responsable de difundirlo al personal implicado del mismo, para que estos tengan conocimiento de cada uno de los procedimientos que componen el proceso y sus respectivos manuales, registros, instructivos, guías y entre otros documentos

10. DOCUMENTACIÓN.

Para lograr la implementación de un sistema de gestión de la calidad, es preciso evidenciar y mantener la documentación necesaria que demuestre la veracidad de cada uno de los procesos pertenecientes a la entidad, contribuyendo de ésta manera, a mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004¹⁶

La documentación de todos los procesos pertenecientes al Hospital Universitario de Santander, se llevará a cabo para dar cumplimiento no solo a los requisitos de la Norma sino también, a los objetivos establecidos en la institución, logrando de ésta manera la eficacia de la planificación, operación y control de todos sus procesos.

La documentación del SGC de la entidad, logrará un correcto desempeño del sistema, se podrá evaluar fácilmente mediante las auditorías internas y externas de calidad, podrá ser punto de referencia y mantenimiento de las mejoras alcanzadas, de igual manera, podrá proporcionar evidencia de las actividades de los procesos, procedimiento y registro y facilitará y mejorará la comunicación Interna del Hospital.

La documentación del SGC del Hospital Universitario de Santander se encontrará regida bajo la Ley General de Archivos (Ley 554 de 2000) vigente; de igual manera, se realizarán los cambios pertinentes a la documentación en caso de ser modificada.

10.1. METODOLOGÍA DE LA DOCUMENTACIÓN.

La Documentación del sistema de gestión de calidad se llevará a cabo bajo los siguientes aspectos:

1. Se realizará una **identificación de los documentos aplicables** a la institución según los requerimientos de la norma NTC GP 1000-2004.

¹⁶ Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004

2. Se realizará el **Diseño de la estructura de los documentos** aplicables a la entidad.
3. Se realizará la **creación de toda la documentación** requerida por la norma y la institución.
 - a) Declaración Documentada de la Política de Calidad y los Objetivos de calidad.
 - b) Manual de Calidad.
 - c) Los Documentos requeridos por la norma y la entidad.
 - d) Los Registros requeridos por la norma y aquellos que demuestren evidencia del sistema de gestión de la calidad.
4. Se llevará a cabo una **adecuación de los documentos** propios de la operación de los procesos de la entidad.
5. Se realizará la **implementación de la documentación** del sistema de gestión de la calidad.

10.1.1 Identificación de los documentos. Según los requerimientos de Norma Técnica de Calidad, 'se deben identificar los procesos que permitan cumplir la misión que se le ha asignado'¹⁹, esto incluye los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

En la etapa de Diagnóstico Inicial, se identificaron los documentos aplicables a la institución, (Ver Anexo No D). Se realizó la Actualización del Mapa de Procesos de la Entidad y las Caracterizaciones de todos sus procesos (Ver Anexo E).

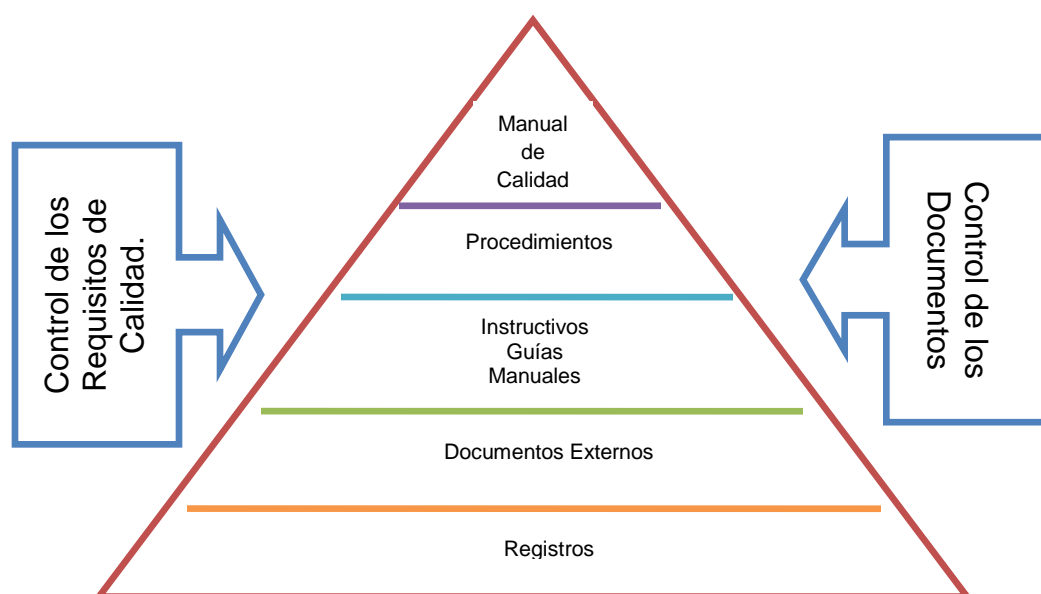
10.1.2 Estructura de la documentación. Se denomina 'estructura documental a la forma como se articulan e interrelacionan los documentos del sistema de gestión de la calidad, para formar un sistema coherente, funcional y útil'²⁰

¹⁹ Ibid. NTC GP 1000-2004.

²⁰ GUÍA DE DISEÑO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA NTC GP 1000-2004 ENTIDADES PÚBLICAS, p 30, AUTOR: Departamento Administrativo de la Función Pública Red Universitario Extensión en Calidad, FECHA DE PUBLICACIÓN: Bogotá D.C, Junio de 2007.

La creación de la documentación del sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander, se sustentará mediante cinco niveles secuenciales, empezando con la documentación del Manual de Calidad, hasta la documentación de los registros aplicables al sistema. Los Documentos serán establecidos según los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004 y éstos serán controlados en su totalidad

Figura 10. Estructura documental



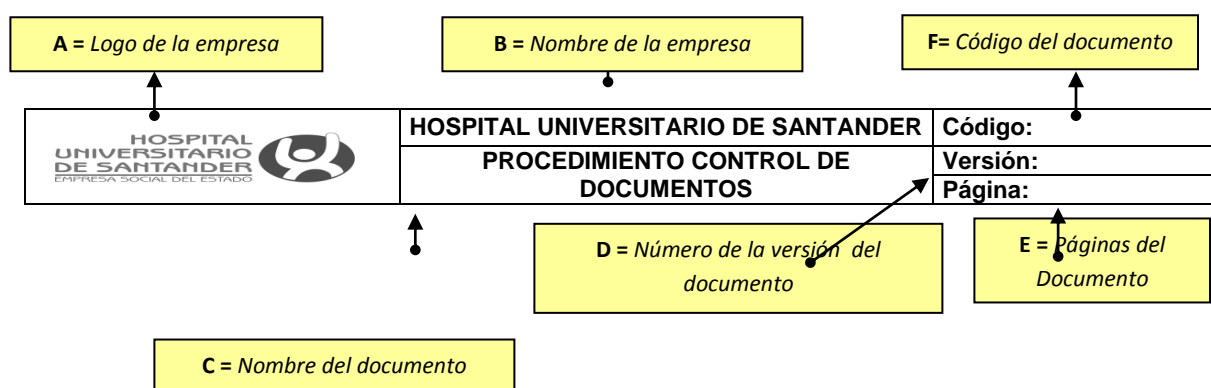
Fuente: Guía de diseño para la implementación del sistema de gestión de la calidad.

10.1.2.1 Condiciones generales de la documentación. Toda la documentación del sistema de gestión de la calidad se identificará bajo las siguientes condiciones:

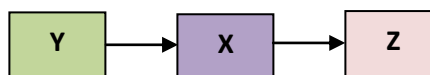
- ❖ **Portada:** Todos los documentos menos los registros, deben tener una portada en la que se establezca el nombre del documento, el código del documento y el control de modificaciones.
- ❖ **Control de modificaciones:** En esta sección se registran los cambios realizados al documento, se presentan las tres versiones anteriores al documento vigente. Se escribe el nombre del responsable de elaborar el documento y se registra el nombre y

el cargo de la persona encargada de revisar y aprobar. Aplica sólo para procedimientos, manuales, guías e instructivos.

- ❖ **Encabezado tipo A:** Cada una de las páginas que hace parte de un manual, procedimiento, instructivo o guía del sistema de gestión de calidad deben estar identificados con el encabezado de página tipo A, lo cual constará de:



- **A:** El logo del Hospital Universitario de Santander
- **B:** El nombre de la entidad
- **C:** El nombre del documento
- **D:** La versión del documento
- **E:** La identificación de las páginas
- **F:** El código con que se identificará el documento



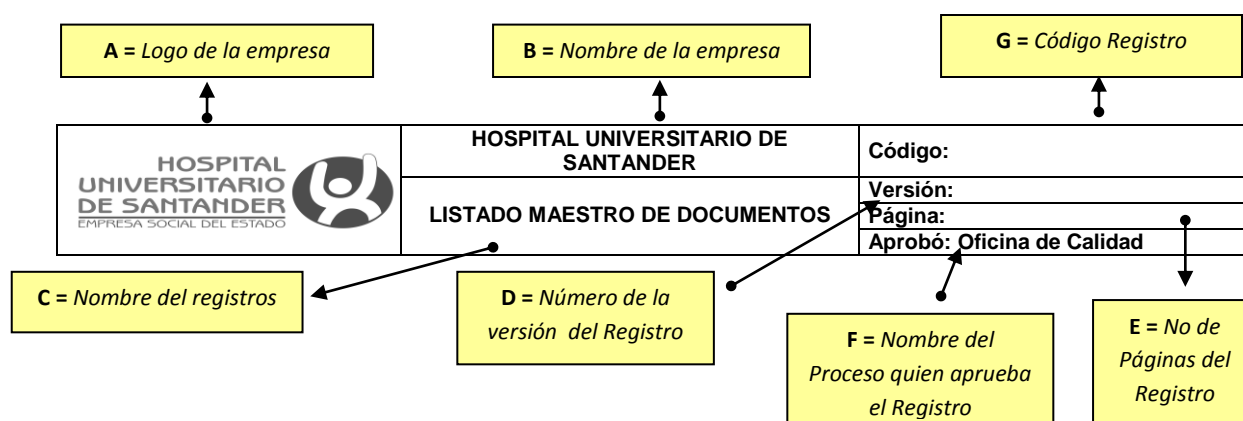
Dónde:

- **La letra Y:** Corresponde a la sigla del proceso al que pertenece el documento. Se debe tener en cuenta las modificaciones del mapa de procesos.
- **La letra X:** Letra que identifica el tipo de documento

- M:** Manuales
- C:** Caracterización del proceso
- P:** Procedimiento
- I:** Instructivo
- R:** Registros
- G:** Guías
- IND:** Ficha de indicadores

- **Letra Z** Número que define el consecutivo del documento.

- ❖ **Encabezado tipo B:** Todos los registros del sistema de gestión de la calidad, estarán identificados por el encabezado tipo B, el cuál consta de:



- **A:** El logo del Hospital Universitario de Santander
- **B:** El nombre de la entidad
- **C:** El nombre del registro
- **D:** La versión del registro
- **E:** La Identificación de las páginas
- **F:** Nombre de quien aprueba el registro
- **G:** El código con que se identificará el registro

- ❖ **Contenido mínimo de los documentos:** Todos los documentos del sistema de gestión de la calidad constarán de los siguientes aspectos:
 - ✓ Objetivo
 - ✓ Alcance
 - ✓ Definiciones
 - ✓ Responsable
 - ✓ Condiciones generales
 - ✓ Descripción de actividades
 - ✓ Socialización
 - ✓ Documentos referenciados

- ❖ **Pie de página:** Cada una de las páginas que hace parte de un manual, procedimiento, instructivo o guía del sistema de gestión de calidad deben estar identificados con el pie de página, el cual constará del nombre y firma de quien elaboró, quien aprueba y quien revisa.

- ❖ **Descripción de actividades:** Todos los documentos del sistema de gestión de la calidad, deberán tener un cuadro en el cual se realizará la descripción detallada de las actividades que se elaborarán en el procedimiento ó instructivo, indicando el nombre de la actividad, el responsable, la descripción de la actividad y los documentos que evidencia la realización de la misma.

- ❖ **Flujo-grama:** Los documentos deberán tener un flujo-grama, en el cual, se explicará el proceso a realizar en el documento.

Dependiendo del tipo de documento, se evidenciará el requisito de las condiciones generales para su documentación, éstos se hacen específicos en la tabla 6.

Tabla 6: Condiciones generales de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

	Manual de Calidad	Procedimientos	Instructivos	Manuales	Guías	Registros
Encabezado Tipo A	★	★	★	★	★	
Encabezado Tipo B						★
Portada	★	★	★	★	★	
Control de Modificaciones	★	★	★	★	★	
Flujo Grama		★		Opcional	Opcional	
Pie de Página	★	★	★	★	★	
Contenido Mínimo del Documento	★	★	★	★	★	
Mapa de Procesos	★					
Caracterizaciones	★					

Fuente: Autoras

10.1.3. Creación de la documentación del sistema de gestión de la calidad. Para la creación de la documentación del SGC, se tomaron en cuenta las condiciones generales de la documentación, los requisitos de la norma técnica colombiana NTC GP 1000-2004 y los requisitos de la institución.

La documentación establecida para el sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander contiene los siguientes documentos:

10.1.3.1. Manual de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander.

Según los requerimientos de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004, (Numeral 4.2.2 de la norma), se determina que las entidades ‘deben establecer y mantener un manual de calidad que incluya:

- El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.

- Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o una referencia de los mismos.
- Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad²¹.

El manual de calidad del Hospital Universitario de Santander (Ver Anexo F), contiene los siguientes elementos:

- Una breve descripción de la entidad, misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, reseña histórica, razón social, organigrama, entre otras.
- El alcance del sistema, el cual, hace referencia a la prestación del servicio que se presta en la entidad, y los procesos pertenecientes al mismo (Estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación), los cuales son gestionados para garantizar la mejora continua de la prestación de sus servicios.
- Las exclusiones al sistema de calidad debidamente justificadas.
- Las Caracterizaciones de los procesos de la entidad.
- Se referencian los procedimientos documentados del sistema de gestión de la calidad y aquellos procedimientos que no se tratan en la norma pero que son necesarios para el buen desarrollo del SGC.

10.1.3.2 Política y objetivos de calidad. Aunque en la etapa de planificación del sistema de gestión de la calidad del hospital ya se había hecho mención de estos dos componentes, es importante aclarar, que éstos hacen parte de la documentación del sistema, además, se encuentran divulgados al interior de la entidad y documentados en el manual de calidad del Hospital de Santander; en caso de ser modificados, éstos deberán ser actualizados. (Ver Anexo F)

²¹ Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004

10.1.3.3 Otros documentos del sistema de gestión de la calidad (Procedimientos, instructivos, guías, manuales y registros determinados por el sistema de gestión de la calidad de la entidad). Todos los documentos (Procedimientos, instructivos, manuales y guías) establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la entidad, describen de forma clara los pasos para iniciar, desarrollar y concluir una serie de actividades secuencialmente establecidas en un proceso que da como resultado final un servicio; de igual manera, se realizó la debida documentación de los registros y demás documentos, de acuerdo a las condiciones establecidas y diseñadas para el sistema.

Para el levantamiento Inicial de un documento o su debida actualización, se definieron una serie de pasos para la realización del proceso de documentación.

1. Identificación de la necesidad
2. Autorización de la elaboración del documento por parte del responsable del área dónde se aplica el documento.
3. Definición del alcance y objetivo del documento.
4. Presentación del borrador al jefe de la oficina de procesos y al responsable del área en dónde aplica el documento.
5. Realización de las correcciones pertinentes al documento.
6. Presentación final al comité de calidad para su debida aprobación, distribución y socialización.
7. Inclusión de los documentos en el 'listado maestro de documentos GC-R-01' (Ver Anexo No G), y/o 'Listado Maestro de Control de Registros'.

Durante el desarrollo de la documentación, se tuvieron en cuenta los resultados del diagnóstico inicial del sistema de gestión de la calidad, por lo tanto, se inició el proceso con la documentación de los procesos críticos para la entidad y aquellos exigidos por la norma técnica NTC GP 1000-2004.

Por reglas estrictas del Hospital Universitario de Santander, y debido a la extensa documentación del sistema de gestión de la calidad, no se pueden anexar todos los procedimientos aplicados en la entidad, por lo tanto, se evidenciará su documentación mediante el listado maestro de documentos aprobado y revisado por las directivas del

área de Calidad. (Ver Anexo G ‘Listado Maestro de Documentos GC-R-01’). Se autoriza la publicación de los procedimientos Obligatorios aplicables a la misma. (Ver Anexo H, ‘Procedimientos Obligatorios’)

De acuerdo a los requisitos de la norma técnica colombiana NTC GP 1000-2004, la entidad debe establecer y mantener procedimientos documentados para:

- Control de documentos
- Control de registros
- Auditorías internas de calidad
- Control de producto no conforme
- Acciones correctivas
- Acciones preventivas

Según estos requisitos y de acuerdo al sistema de gestión de calidad de la entidad, se establecieron los siguientes procedimientos como obligatorios, (Ver Tabla 7), los cuales, serán controlados por la oficina de calidad.

Tabla 7. Procedimientos obligatorios para el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Universitario de Santander.

No de Requisito.	Nombre del Procedimiento	Finalidad
4.2.3 y 4.2.4	Procedimiento para el Control de Documentos y Registros.	Establecer los lineamientos fundamentales para la elaboración, revisión, aprobación, modificación, eliminación y actualización de los documentos y registros del Sistema de Gestión de la Calidad, y dar las directrices para el control de los documentos externos y los registros establecidos dentro de la E.S.E HUS.

8.2.2	Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	Evaluar el nivel de cumplimiento de los procesos documentados en la E.S.E HUS en el sistema de gestión de la Calidad.
8.3	Procedimiento Producto No Conforme	Asegurar que los productos y/o servicios no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.
8.5.2 y 8.5.3	Procedimiento para la Mejora Continua	Definir las medidas a seguir para eliminar las no conformidades que se presenten en la ESE HUS, investigando sus posibles causas y ejecutando su correspondiente acción correctiva/preventiva, para evitar su ocurrencia y/o incidencia en los diferentes procesos y así contribuir con el mejoramiento continuo en la ESE HUS.
8.2.3	Procedimiento de Seguimiento y Medición.	Establecer los lineamientos para realizar las actividades de seguimiento, medición, análisis de datos y mejora continúa con el fin de asegurar que se cumplan los requisitos especificados en el producto y/o servicio, la conformidad del sistema de calidad, así como su eficacia en la ESE HUS
4.1 (g)	Procedimiento Para la Gestión de Riesgos.	Determinar los diferentes riesgos externos o internos que impiden el logro de los objetivos interinstitucionales o los eventos positivos de los Procesos de la ESE HUS, mediante la identificación y evaluación de los agentes generadores, causas y efectos de su respectiva ocurrencia

Decreto 1011 del 2006	Procedimiento de Habilitación y Acreditación	Establecer las condiciones que debe cumplir la E.S.E HUS, para habilitar sus servicios y a la vez garantizar la aplicación uniforme y la confiabilidad de la verificación de las condiciones de habilitación en todo el país.
-----------------------	--	---

Fuente: Autoras

10.1.4. Adecuación de la documentación. El Hospital Universitario de Santander contaba con la documentación de algunos procesos identificados en el diagnóstico inicial del sistema; de acuerdo a esto, se realizaron las actualizaciones pertinentes a los documentos, incluyendo las actualizaciones de los requisitos de la norma y requisitos establecidos por la entidad. (Ver Anexo I). En la Tabla 8 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 8. Número de documentos actualizados y diseñados por procesos.

	T.PA	T.PDI	T.PD	T.IA	T.IDI	T.ID	T.MA	T.MDI	T.MD	T.GA	T.GDI	T.GD	T.RA	T.RDI	T.RD
Estratégicos	8	17	25	0	5	5	2	1	3	1	0	1	13	31	44
Apoyo	55	11	66	25	7	32	3	1	4	1	0	1	51	17	68
Evaluación	9	0	9	2	0	2	1	0	1	0	0	0	13	0	13
Misionales	55	13	68	36	7	42	1	2	3	0	0	0	303	80	383
TOTAL	127	41	168	63	19	81	7	4	11	2	0	2	380	128	508

Fuente: Autoras

Dónde:

T.PA:	Total de Procedimientos Actualizados
T.PDI:	Total de Procedimientos Diseñados
T.PD:	Total de Procedimientos Documentados

T.IA:	Total de Instructivos Actualizados
T.IDI:	Total de Instructivos Diseñados
T.ID:	Total de Instructivos Documentados

T.MA:	Total de Manuales Actualizados
T.MDI:	Total de Manuales Diseñados
T.MD:	Total de Manuales Actualizados

T.GA:	Total de Guías Actualizados
T.GDI:	Total de Guías Diseñados
T.GD:	Total de Guías Documentados

T.RA:	Total de Registros Actualizados
T.RDI:	Total de Registros Diseñados
T.RD:	Total de Registros Documentados

10.1.5 Implementación de la documentación. Para dar inicio al proceso de Implementación de los documentos del sistema de gestión de la calidad, se requiere que el documento sea revisado por el jefe de procesos de la oficina de calidad y el responsable del proceso.

Durante el proceso de Implementación, se tuvieron en cuenta las siguientes etapas:

- Socialización del documento ante el personal involucrado: A medida que se iban terminando de documentar los procesos, se realizaba una revisión de los documentos por parte del jefe de la Oficina de Procesos y el responsable de cada proceso. Una vez terminada ésta etapa, se ejecutaban las socializaciones respectivas de los documentos ante el personal involucrado, verificando que las actividades documentadas o el contenido del documento (Procedimientos, Instructivos, Manuales, Guías), cumpliera con el objetivo propuesto para el mismo, de ésta manera, se obtuvieron sugerencias y/o correcciones precisas que permitieron mejorar el contenido del documento. Por otra parte, se presentaban los registros que validarían la eficiencia y eficacia del documento, explicando, su uso, forma de diligenciarlos y la importancia de los mismos para el buen funcionamiento del sistema de calidad.
- Modificaciones del documento por parte del personal involucrado: Una vez Obtenidas las sugerencias y/o correcciones del documento, (procedimientos, instructivos, manuales, guías y/o registros), se realizaban las modificaciones pertinentes del contenido del mismo, dejándolo listo para su aprobación final.

- Aprobación final del documento: Se presentaban los documentos ante el comité de calidad de la entidad y el responsable del mismo, socializándolo nuevamente y aclarando las modificaciones realizadas del mismo. Una vez revisado el documento, se realizaba el levantamiento del acta de la aprobación del documento y se emitía la resolución que lo avalaría.
- Distribución del documentos a las partes interesadas: Una vez aprobado y revisado el documento por las partes pertinentes, se imprimían las copias para las partes interesadas y se alimentaba el 'Listado Maestro de Documentos GC-R-01', (Ver Anexo G). Para la distribución de los documentos, se entregaban las copias controladas a la Sub-gerencia administrativa y financiera y al representante del proceso; el documento original reposa en la oficina de procesos de la entidad.
- Socialización final del documento: Se reunía a todo el personal involucrado en el proceso, para realizar la socialización del documento, en la que se exponía el objetivo y alcance establecido, así, como el contenido del documento. De igual manera, se orientaba al personal sobre la correcta aplicación, tratamiento, almacenamiento y conservación de los documentos, explicando la importancia de su buen manejo para el desempeño del sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander.
- Implementación del documento: Una vez que el personal involucrado conocía su proceso, la Jefe de la oficina de calidad junto con la coordinadora de la oficina de procesos programaban visitas periódicas a las diferentes áreas para verificar el desempeño del proceso.

Durante el desarrollo de las visitas, era muy común encontrar fallas en el proceso de implementación, debido a que el personal no se acostumbraba al diligenciamiento de sus registros y no se sentían muy cómodos con el cambio de su proceso. Por lo tanto, se programaron reuniones periódicas por procesos para explicarles la importancia que tenía su trabajo para el desempeño del sistema y la remuneración que se iba a tener si se lograba éste trabajo.

Esto ayudó a identificar las acciones correctivas y preventivas que se presentaban, alimentando de ésta manera, el proceso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander.

10.2 RESULTADOS DE LA DOCUMENTACIÓN:

10.2.1 Documentos Disponibles para el Sistema de Gestión de la Calidad. El proceso de Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Universitario de Santander, se encontrará al día con la documentación requerida por la norma técnica Colombiana NTC GP 1000-2004 y la documentación requerida para el buen funcionamiento de la prestación del servicio por parte de la entidad.

El Hospital Universitario de Santander, cuenta con 29 procesos documentados y actualizados según los requerimientos de la entidad y de la norma NTC GP 1000-2004 para el buen desempeño es la prestación de su servicio y 7 procedimientos obligatorios debidamente documentados exigidos por la norma, los cuales, ayudarán a la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de la calidad.

De igual manera, cuenta con todos los registros que proporcionarán las evidencias necesarias para demostrar el cumplimiento de los requisitos de la norma y las mejoras de los procesos y servicios de la entidad. Los registros, se fundamentan en la veracidad de la información que soportan, suministrando trazabilidad en los procesos de la entidad, controlando de ésta manera los servicios prestados por la misma.

Para el control de los documentos, se elaboró el 'Listado Maestro de Documentos (GC-R-01)', (Ver Anexo G), el cual, proporciona toda la información de la documentación implementada en la entidad, en la que se evidencia el estado actual de los documentos, el código de identificación, el responsable del documento, las copias entregadas y controladas, la fecha de su aprobación y número de resolución. De igual manera, se controlan todos los documentos externos que aplican a los procesos de la entidad por medio del 'Listado Maestro de Control de Documentos externos (GC-R-06)'.

Para el control de los registros de todos los procesos de la entidad, se elaboró el Listado Maestro de Control de Registros (GC-R-07)', en el cual, se proporciona información del estado actual de los registros, su almacenamiento y/o ubicación, el responsable de su diligenciamiento, el proceso al que corresponde y el tiempo de retención.

10.2.2. Análisis de resultados de la documentación. La documentación es un pilar fuerte para la implementación del sistema de gestión de la calidad, por tal razón, durante los proceso de documentación se tuvieron en cuenta todos los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004 y aquellos relacionados con la entidad, proporcionando toda la evidencia necesaria para la realización de la implementación del sistema de calidad.

El total de documentos elaborados para el sistema de gestión de la calidad se ven reflejados en la tabla de 'relación de documentos elaborados para el sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander'. (Ver anexo I)

En la Tabla 9, se realizó un análisis más profundo de la documentación, en la cual se relaciona la cantidad por tipos de documentos elaborados para cada proceso de la entidad.

Tabla 9. Cantidad de tipos de documentos elaborados por procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS.

	Procesos Cant.	Porc. %	Instructivos Cant.	Porc. %	Manuales Cant.	Porc. %	Guías Cant.	Porc. %	Registros Cant.	Porc. %
Estratégicos	25	15%	5	6%	3	27%	1	50%	44	9%
Apoyo	66	39%	32	40%	4	36%	1	50%	68	13%
Evaluación	9	5%	2	2%	1	9%	0	0%	13	3%
Misionales	68	40%	42	52%	3	27%	0	0%	383	75%
TOTAL	168	100%	81	100%	11	100%	2	100%	508	100%

Fuente: Autoras

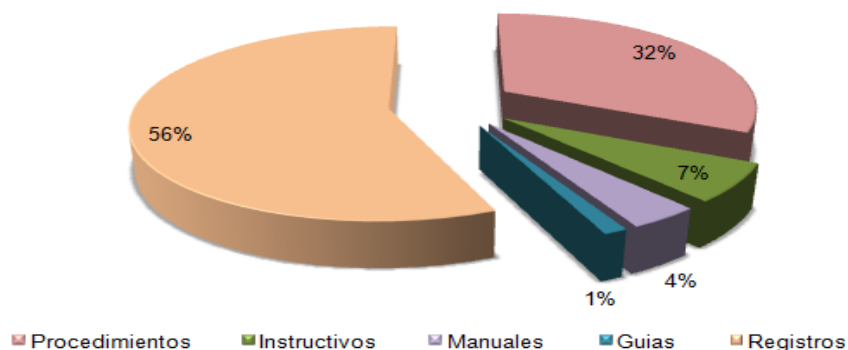
Durante el proceso de documentación del sistema de gestión de la calidad, se establecieron los siguientes parámetros:

- Identificación de los tipos de documentos a desarrollar o actualizar
- Identificación del proceso al que pertenecían los documentos
- Cumplimiento de los requisitos legales y de la NTC GP 1000.
- Adecuación de los documentos según requerimientos del SGC y de los mismos procesos.
- Relación de cada documento en el listado maestro de documentos.

Los procesos estratégicos consisten en formular y revisar el direccionamiento estratégico de la entidad en el marco de los objetivos y la política, promoviendo la mejora continua de la entidad y del S.G.C.

En los resultados, se puede observar que los registros representan el 56% de la documentación de los procesos estratégicos, siendo éstos el porcentaje más alto en la documentación, debido a que por ser entidad del estado, es de gran importancia dejar evidencia de todas sus actividades y servicios; seguido por los procedimientos con el 32%, en los cuales se encuentra especificado la planeación de todas actividades relacionadas con el direccionamiento estratégico de la entidad, le sigue los Instructivos con el 6%, y Manuales y Guías con 4% y 1% respectivamente. (Ver Gráfica 11).

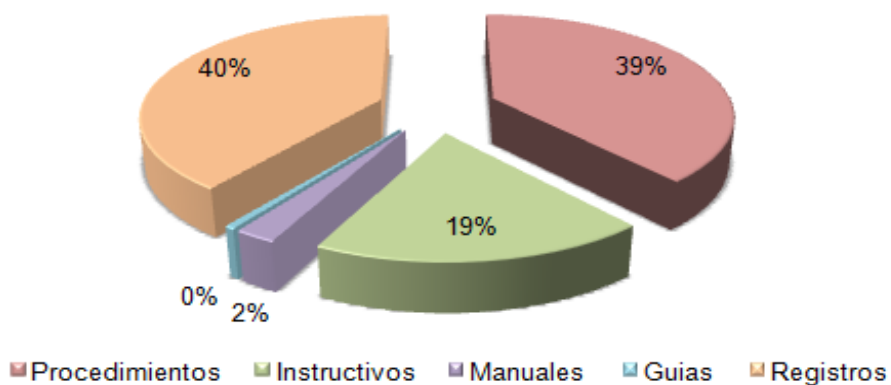
Gráfica 11. Análisis de resultados procesos estratégicos.



Fuente: Autoras

Los procesos de apoyo, permiten gestionar los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos indispensables para el cumplimiento requisitos de la entidad y de los requisitos de la NTC GP 1000-2004. Según los resultados, los registros y procedimientos e instructivos representan mayor cantidad en la documentación de dichos procesos, con un 68%. 39% y 19% respectivamente, dónde se rectifica que estos procesos planifican y verifican sus actividades. (Ver Gráfica 12).

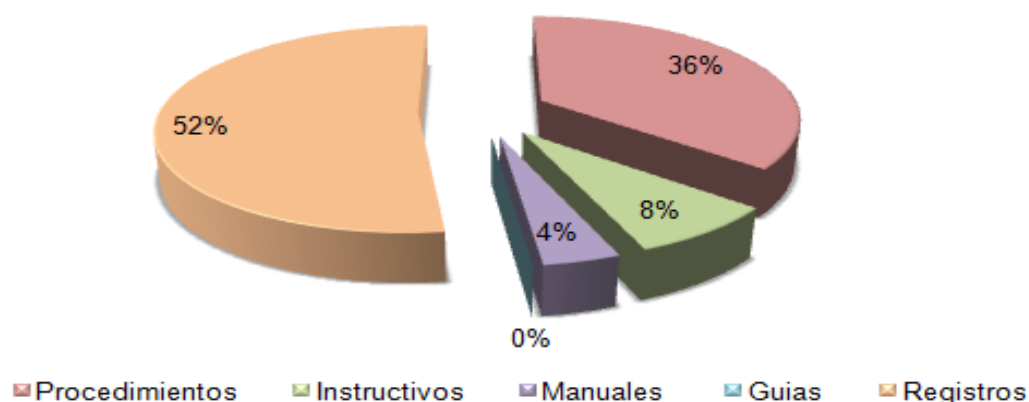
Gráfica 12. Análisis de resultados procesos de apoyo.



Fuente: Autora

Lo que se busca mediante los procesos de evaluación es realizar seguimiento de manera objetiva para medir el desempeño y la mejora de la gestión de los servicios prestados por la entidad, por ende, es de vital importancia dejar registros de las supervisiones realizadas y de los informes de gestión, esto lo demuestra los resultados de la documentación, con el 52% de registros documentados, seguido por los procedimientos e instructivos con el 36% y 4% respectivamente. (Ver Gráfica 13).

Gráfica 13. Análisis de resultados procesos de evaluación.

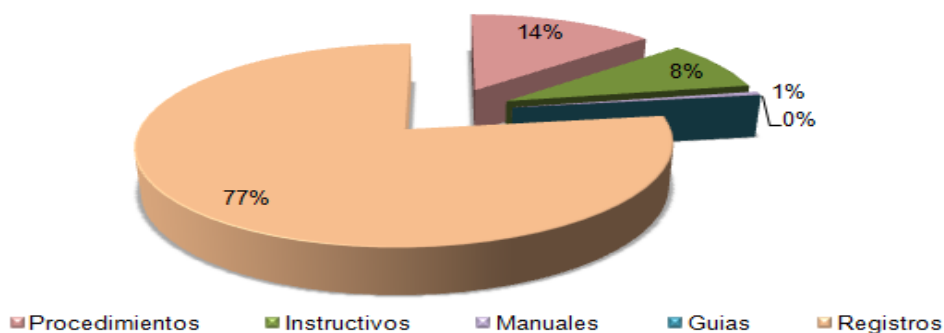


Fuente: Autoras

Para el caso de los procesos misionales los que se pretende es dar cumplimiento con las funciones y responsabilidades que establecen los servicios que presta la E.S.E HUS, garantizando su eficacia y eficiencia y por ende la satisfacción e integridad de los usuarios de la entidad.

Con base en lo observado, se puede concluir que el hospital deja evidencia de todas las actividades relacionadas con los servicios que se prestan en la misma, permitiendo de ésta manera generar trazabilidad en los servicios prestados. Para estos procesos, es de vital importancia los registros, lo cual se refleja en la tabla, con un 52% de la totalidad de la documentación, seguido por los procedimientos con un 36% del total. (Ver Gráfica 14).

Gráfica 14. Análisis de resultados procesos misionales.



Fuente: Autoras

El total de documentos elaborados y actualizados para el sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander se ve reflejado en la tabla 10.

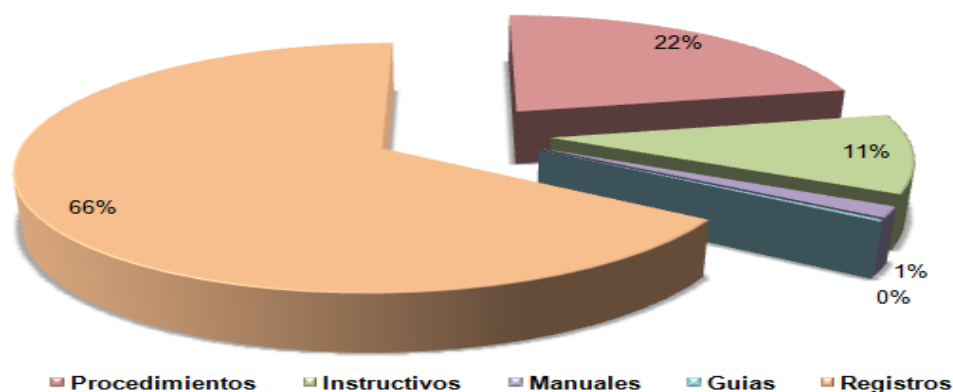
Tabla 10. Total de documentos elaborados y/o actualizados para el SGC.

TIPOS DE DOCUMENTOS	CANTIDAD	%
Procedimientos	168	22%
Instructivos	81	11%
Manuales	11	1%
Guías	2	0,3%
Registros	508	66%
TOTAL	770	100%

Fuente: Autoras

Según los resultados arrojados en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la E.S.E HUS, se puede concluir, que existe una mayor concentración en la documentación de registros (66%), los cuales proporcionan las evidencias necesarias para demostrar no sólo el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC GP 1000, sino con las leyes que por ser entidad del estado y prestadora de servicios de salud le aplican. (Ver Gráfico 15).

Gráfica 15. Total de documentos según el tipo elaborados para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS



Fuente: Autoras

Los registros son parte fundamental del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS, ya que son los que garantizan la verificación y el hacer de la planificación y proporcionan el marco de referencia para la mejora continua y correcciones del sistema.

Los procedimientos representan el 22% de la documentación del sistema, en los cuales, se especifican las actividades a desarrollar en los procesos de la entidad. Por otra parte, éstos aportan a la planificación del sistema, estableciendo el ‘Que Hacer’ en los procesos de la entidad; por lo tanto, la E.S.E HUS, cuenta con la planificación de todos sus servicios y áreas, describiendo el cómo, cuándo, para qué, por qué, y quién será el responsable de dicha actividad. Le sigue a éstos, los instructivos, los cuales representan el 11% de la documentación del SGC, éstos, especifican en forma más detallada las actividades a desarrollar en cada uno de los procesos y servicios de la entidad, estableciendo estándares en la prestación de los servicios.

Las guías y/o manuales, los cuales representan el 0.3% y 1.4% de la documentación del sistema respectivamente. Estos documentos, establecen parámetros y/o estándares para la realización o prestación de los servicios del Hospital, convirtiéndose en los documentos asesores para el eficaz y eficiente desarrollo de los procesos pertenecientes a la entidad. Es importante resaltar, que éstos documentos no representan un alto porcentaje en la documentación del sistema, pero si ayudan a la aclaración de algunos requisitos de la

norma y especifican de forma más detallada las actividades a desarrollar en cada proceso de la entidad.

Vale la pena resaltar que cada proceso cuenta con la documentación de las caracterizaciones y fichas de indicadores, los cuales establecen no sólo los controles y/o parámetros a tener en cuenta en cada proceso, sino que también, ayudan a la medición y verificación de la efectividad y transparencia del Sistema de Gestión de la Calidad para el Hospital Universitario de Santander.

11. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Luego del diseño y documentación del sistema de gestión de calidad regido bajo la NTC GP 1000: 2004 en la ESE HUS, se dio paso a la etapa de implementación del mismo, la cual tiene como propósito dar a conocer a cada una de las partes interesadas del Hospital Universitario de Santander todo lo relacionado con el Sistema de Gestión de la Calidad.

Lo primero que se tuvo que establecer para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la ESE HUS, fue el comité de calidad, en el cual, reposa la responsabilidad de la eficacia del sistema, pues una vez este comité revisa y aprueba los procesos y/o documentos pertenecientes al Sistema de Gestión de Calidad, se procede a socializar e implementar Procedimiento, registros y requisitos que dentro de la documentación del proceso se han establecido.

11.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA E.S.E HUS

La implementación del Sistema de Gestión de Calidad que se puso en marcha según lo establecido en la Planificación estratégica de la calidad (capítulo 7) del presente documento, en su numeral 7.1.3 (Diseño de la implementación del sistema de Gestión de la Calidad bajo la NTC GP1000:2004), dónde se menciona en la actividad tres (3) la metodología a seguir para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la ESE HUS relacionada a continuación.

- I. Sensibilizar y capacitar a todo el personal
- II. Comunicación dentro de los procesos
- III. Proporcionar el recurso humano para la implementación del SGC
- IV. Realización de diagnóstico final de la implementación

I. Sensibilizar y capacitar a todo el personal. Para el proceso de sensibilización y capacitación acerca del sistema de gestión de calidad regido bajo la NTC GP 1000:2004 a implementar en la ESE HUS, la oficina de calidad tuvo que hacer levantamiento inicial de los procedimientos obligatorios exigidos por la norma y posterior aprobación de los mismos.

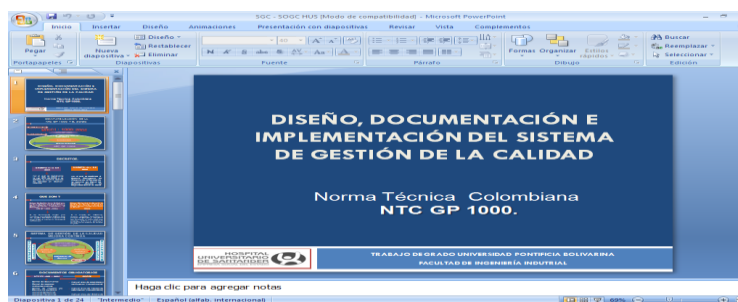
Por lo anterior los integrantes de la oficina de calidad llevaron a cabo seis (6) reuniones para la revisión de los procesos obligatorios exigidos por la NTC GP 1000:2004 y seis (6) reuniones para su revisión final y posterior aprobación, Ver Tabla 12.

Tabla 11. Cronograma de socialización de procedimientos obligatorios para El S.G.C de la E.S.E HUS.

FECHAS DE SOCIALIZACIÓN PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS						
PROCEDIMIENTO	Primera Revisión			Comité Para Aprobación		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Control De Documentos Y Registros	22	04	2009	14	05	2009
Auditorias Internas	22	04	2009	14	05	2009
Revisión Por La Dirección	23	04	2009	15	05	2009
Mejora Continua	23	04	2009	28	05	2009
Producto No Conforme	24	04	2009	4	06	2009
Seguimiento Y Medición	24	04	2009	4	06	2009

Fuente: Autoras

Una vez aprobados los procedimientos obligatorios, se realizó una reunión en la sala de juntas del hospital para capacitar a las subgerencias acerca del sistema de gestión de calidad, sus definiciones e implicaciones en el desarrollo de las actividades en la ESE HUS. Para esto, Se diseño una presentación para el apoyo de la socialización. (Ver Anexo No J).



Fuente: Autoras

A mitad del mes de junio, el jefe de la oficina de calidad citó a cada una de las subgerencias administrativas de la ESE HUS a participar en otra jornada de capacitación en conceptos, todo lo relacionado con los procedimientos obligatorios y cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000:2004, dejándoles como tarea el compromiso de difundir lo aprendido a su personal a cargo.

Las capacitaciones dirigidas a las subgerencias se realizaron en lapsos de tiempos cortos (2 horas) durante la jornada de la mañana en la sala de juntas de la ESE HUS, dejando como constancia su correspondiente acta de reunión.

El contenido del desarrollo de las capacitaciones fue el siguiente:

1. Dar a conocer las generalidades y conceptos relacionados con el SGC
2. Socialización de los procedimientos y su contenido de cada uno de los procedimientos

•	Control de modificaciones
•	Objetivo del procedimiento
•	Alcance del procedimiento
•	Definiciones relacionadas con el procedimiento
•	Responsables del procedimiento
•	Condiciones generales del procedimiento
•	Diagrama de flujo del procedimiento
•	Descripción de actividades
•	Socialización del procedimiento
•	Referencias del procedimiento: registros, manuales, instructivos, oficios, entre otros documentos

3. Espacio para la formulación de sugerencias, dudas y/o interrogantes por parte de los invitados y respuesta de las mismas por parte de los expositores a cargo.
4. Toma de lista de asistencia. Fin de la reunión.

II. Comunicación dentro de los procesos. Una vez terminadas las capacitaciones de las subgerencias administrativas de cada servicio, estos pasarán a cumplir con la tarea asignada por la oficina de calidad, que consiste en divulgar la información y conocimientos adquiridos durante la capacitación en conceptos, todo lo relacionado con los procedimientos obligatorios y cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000:2004 a todo su personal a cargo.

Por medio de reuniones grupales, el responsable de cada proceso reúne a todo su personal a cargo, para socializar el proceso correspondiente al servicio cuando este haya sido aprobado en comité; Con la finalidad de implementar todo lo que ha sido documentado respecto al proceso y de dejarles claro su responsabilidad y compromiso con las actividades desarrolladas dentro del mismo. Con estas reuniones también se pretendía asegurar la claridad del personal en el uso de los registros, manuales e instructivos correspondientes al proceso.

III. Proporcionar el recurso humano para la implementación del S.G.C: La oficina de calidad como responsable principal del diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad regido bajo la NTC GP 1000:2004, tuvo la necesidad de definir su propio comité de calidad, pues no estaba definido como tal, en constancia de esto se documentó su respectiva resolución, “Resolución Comité de Calidad”, la cual fue elaborada por las autoras del presente documento junto a la jefe de la oficina de calidad de la ESE HUS.

Las personas encargadas del diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad en la ESE HUS, son los integrantes de la oficina de calidad junto con los del comité de calidad, pues en la resolución mencionada anteriormente quedó estipulado que el comité de calidad de la ESE HUS, tiene como responsabilidad direccionar, liderar y coordinar el diseño, planeación, implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad.

El Comité de Calidad de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, quedó conformado por áreas de gestión de la siguiente manera:

1. Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Representante de la dirección.
3. Subgerente administrativo y financiero.
4. Representante de la subgerencia del área asistencial.
5. Jefe oficina asesora de calidad, quien será el secretario técnico.
6. Jefe de oficina de desarrollo institucional.
7. Jefe oficina de control interno con voz pero sin voto.

IV. Realización del diagnóstico final de la implementación. Para verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC GP 1000: 2004 y todo lo referente a esta norma implementada en la E.S.E HUS, las autoras del presente informe, con el apoyo de la oficina de calidad, realizaron el diagnóstico final del SGC, usando una herramienta en el programa Excel, en la cual se plantea un cuadro donde se permite evidenciar claramente el cumplimiento de cada “DEBE” que requiere la norma. La herramienta contiene los 4 capítulos de la norma con sus respectivos numerales y requerimientos, los criterios de evaluación, la ponderación de los capítulos, los subcapítulos y cada requerimiento. Cabe mencionar que fue la misma herramienta usada para la realización del diagnóstico inicial del SGC.

Otro soporte para verificar el cumplimiento de la documentación de los deberes de la norma es el listado maestro de documentos y registros elaborado por las autoras del presente documento para cada uno de los procesos documentados. (Ver Anexo No G)

11.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

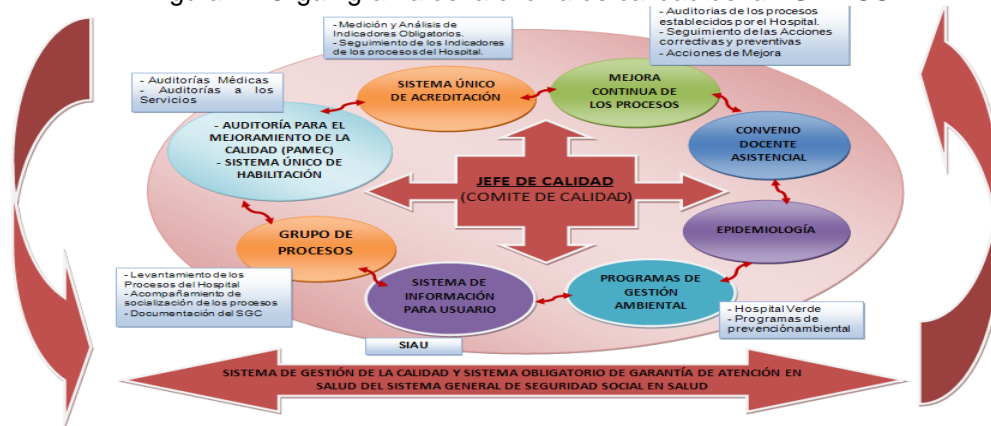
Los resultados obtenidos en el diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad para la E.S.E HUS se ven reflejados en los siguientes gráficos de barras, en los que se puede establecer un análisis detallado sobre el nivel de cumplimiento de la entidad con respecto a los requisitos establecidos por la norma GP 1000-2004 para la implementación del sistema de gestión de la calidad.

Según los datos arrojados en el diagnóstico final (Ver Gráfica 16), y comparando con el estado inicial del SGC, podemos concluir que el Hospital Universitario de Santander ha mejorado notoriamente su nivel de cumplimiento con los requisitos (Capítulo 4) pues del 6,3% paso al 29,6%, este aumento es debido a que actualmente la ESE HUS cuenta con la planificación del SGC, manual de calidad, correcta definición de los procesos que le permiten cumplir con su misión como empresa prestadora de servicios de salud, con la respectiva documentación e implementación de los procedimientos obligatorios exigidos por la NTC GP 1000 – 2004.

en cuanto a las responsabilidades de la dirección (Capítulo 5) también se puede evidenciar su mejora pues del 6.1% paso al 29% (Ver Gráfica 16), de lo cual se puede deducir que la alta gerencia de la ESE HUS tiene un mayor nivel de compromiso con el desarrollo del sistema de gestión de la calidad lo cual facilitara la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad.

En la gestión de recursos (capítulo 6), vale la pena destacar que la ESE HUS siempre ha contado con un excelente grupo de profesionales vinculados al área de calidad, pero actualmente sus condiciones han mejorado pues del 14.8% paso al 34,5% (Ver Gráfica 16), esto fue debido a que se cumplió con la necesidad identificada en el diagnóstico inicial de establecer el organigrama de la oficina de calidad, (Ver figura 11) el cual ya ha sido definido por las autoras del presente informe y aprobado por la oficina de calidad.

Figura11. Organigrama de la oficina de calidad de la ESE HUS



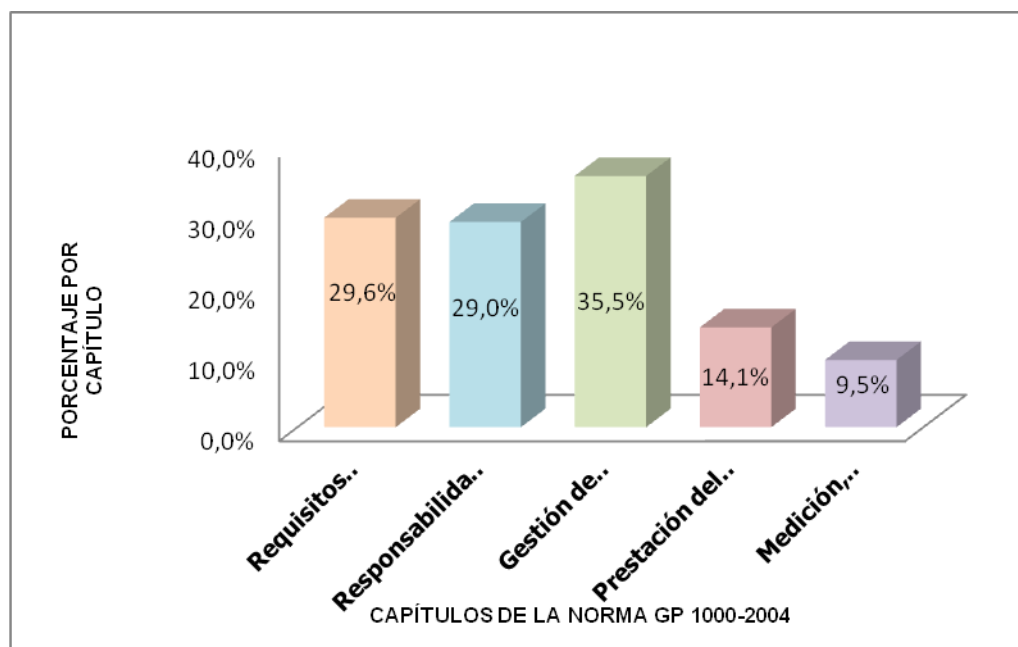
Fuente: Autoras

Por medio de este organigrama la oficina de calidad puede demostrar la integridad del sistema y la armonía de los procesos del Hospital Universitario de Santander.

En cuanto a la realización de prestación de servicios (Capítulo 7) también hubo pequeño aumento pues del 11,4% paso al 14,1%, esto hace pensar que poco a poco la ESE HUS está mejorando continuamente en cuanto la planificación y realización de sus servicios. (Ver Gráfica 16),

Finalmente en cuanto a la medición, análisis y mejora (Capítulo 8), hubo un relevante aumento pues paso del 2% al 9.5% (Ver Gráfica 16), esto es debido a que actualmente la entidad cuenta con el diseño de los indicadores de medición en cada uno de los procesos; además, se han documentado e implementado los procedimientos de obligatorio cumplimiento referentes al mejoramiento continuo.

Gráfica 16: Resultados del diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad según la NTC GP 1000: 2004



Fuente: Autoras

Cómo conclusión del diagnóstico final la ESE HUS, cuenta con una visión más clara de la importancia de mantener el sistema de gestión de la calidad que se está implementando, el cual proporciona eficiencia y efectividad en los servicios que el hospital universitario ofrece, y permitiéndoles así cumplir satisfactoriamente con su misión de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del nororiente colombiano.

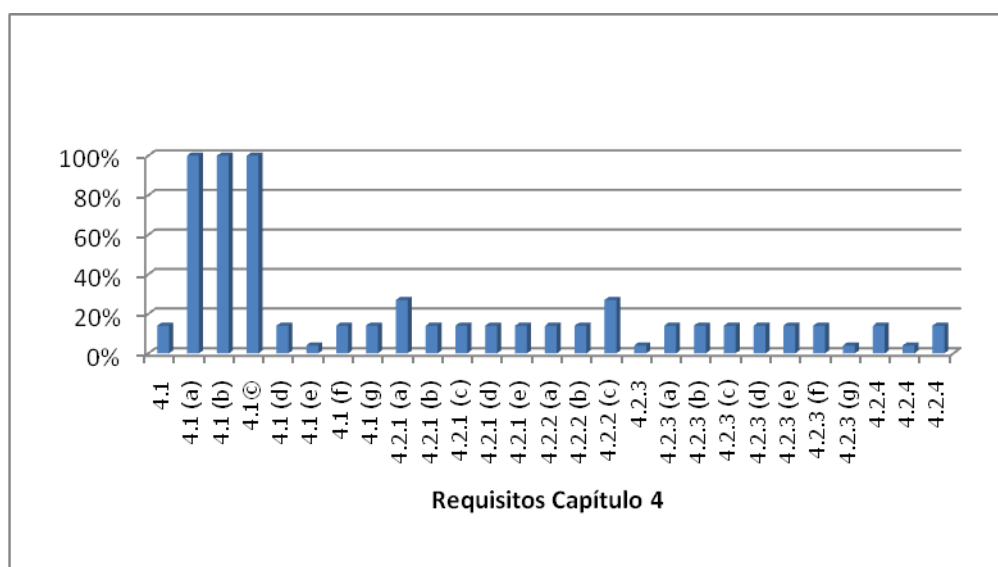
11.3 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ESE HUS POR CAPITULOS

Para el capítulo 4, donde se evaluó el nivel de cumplimiento de los requisitos generales según los datos arrojados (Ver Gráfica 17) en el diagnóstico final se realizaron las observaciones relacionadas a continuación:

- ✓ La entidad cuenta con una estructura de un mapa de procesos, en el cual se registra los procesos que conforman el sistema, (procesos estratégicos, procesos misionales, procesos de apoyo y procesos de evaluación). Actualmente si tiene incluidos todos los procesos que se manejan en la ESE HUS.
- ✓ Buen cumplimiento en la determinación de los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de los procesos sean eficaces y eficientes, pues se ha modificado el formato de la caracterización de los procesos, donde queda claro cuales son las entradas de cada proceso, las actividades a realizar, el seguimiento y la medición del mismo.
- ✓ Se ha establecido para cada uno de los procesos su respectiva ficha de indicadores, por medio de los cuales se realizara el proceso de seguimiento y medición y análisis del sistema. Estos indicadores están diseñados pero aun no han sido implementados.
- ✓ La entidad ha mejorado su política y objetivos de calidad, que estaban establecidos anteriormente, y actualmente ha mostrado mayor compromiso con el cumplimiento de los mismos.

- ✓ Gracias al sistema de gestión de calidad implementado, La ESE HUS ha mejorado su comunicación pues ha logrado socializar y comunicar a sus servidores públicos, los objetivos de calidad y la política de calidad.
- ✓ Ha logrado diseñar y documentar su manual de calidad, en el cual se establece las directrices para el cumplimiento del alcance del sistema de gestión de calidad.
- ✓ La entidad ha documentado e implementado el procedimiento de control de documentos y registros, en el cual se identifica cómo los documentos se controlan, y se define la aprobación de los mismos, las actualizaciones y correcciones, la identificación clara de cada documento y el buen estado de los mismos.

Gráfica 17. Resultados del diagnóstico final S.G.C, capítulo 4: Requisitos generales.

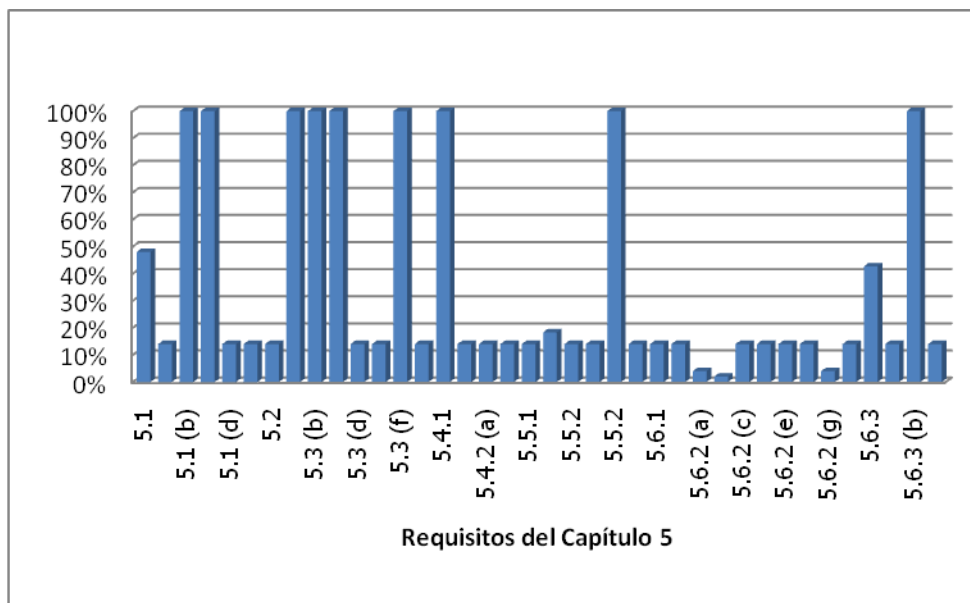


Fuente: Autoras

Para el capítulo 5 también se realizó el correspondiente análisis de su gráfica donde se evaluó el nivel de cumplimiento de las responsabilidades de la dirección (Ver Gráfica 18 para cada conclusión), según los datos arrojados se concluye que en la ESE HUS:

- ✓ La alta dirección ha aumentado su compromiso en cuanto a la disponibilidad de recursos para el desarrollo del sistema, pues gracias a su nuevo comité de calidad están mejor definidas las funciones de cada integrante de la oficina y por ende facilita los recursos para el buen desarrollo del sistema de gestión de la calidad.
- ✓ La alta dirección, mantiene un enfoque hacia la satisfacción de los requisitos del cliente, esto permite dar cumplimiento al enfoque que la norma tiene de satisfacer al cliente en su máxima expresión.
- ✓ Ha comenzado a promover el mejoramiento continuo dentro de los procesos, pero falta implementar el seguimiento y medición de los procesos.
- ✓ Ha atendido satisfactoriamente las sugerencias y cambios planteados por los integrantes de la oficina de calidad y otros funcionarios, lo cual ha permitido desarrollar la implementación de un sistema de la calidad regido por la norma NTC GP 1000.
- ✓ La entidad, proporciona y evidencia un manual de perfiles de cargos y un organigrama de la organización, demostrando la autoridad y responsabilidades de cada servidor público que hace parte de la institución.
- ✗ Al igual que en el diagnóstico inicial, la alta dirección no tiene bien definido el representante de la dirección del sistema de gestión de la calidad, aunque existe un servidor público encargado de la oficina de calidad, pero si ha aprobado la creación del comité de calidad bajo resolución, en la cual se delegan las funciones de sus integrantes.
- ✓ La entidad cuenta con un programa de comunicación interna, el cual es manejado desde la oficina de desarrollo institucional; pero al igual que en el diagnóstico inicial, se recomienda realizar más seguimiento al programa y actualizarse en medios tecnológicos para que la comunicación sea eficiente y continua.

Gráfica 18. Resultados del diagnóstico final del S.G.C, capítulo 5: Responsabilidades de la dirección.



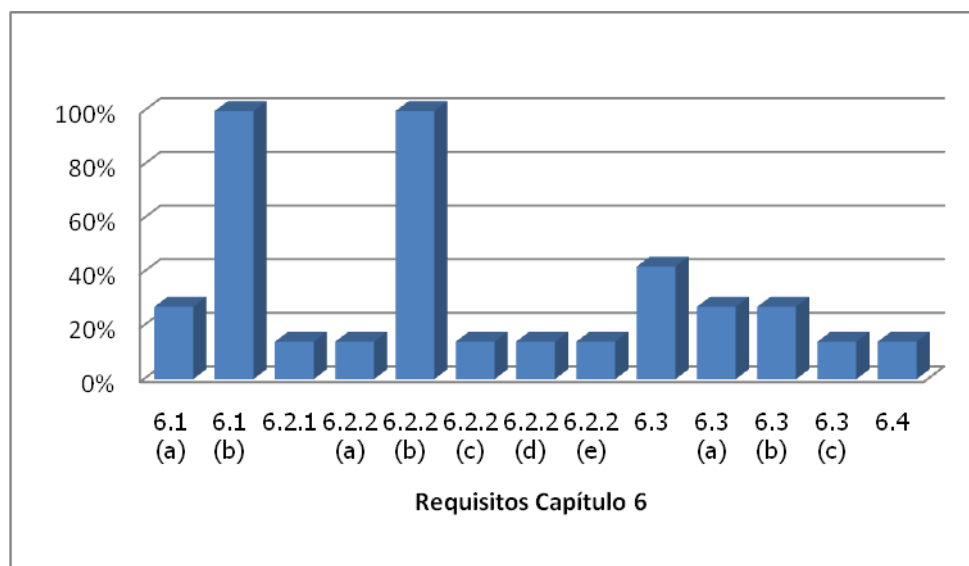
Fuente: Autoras

En el capítulo 6, el cual trata de la gestión de recursos, según los datos de su gráfica respectiva (Gráfica 19) concluye que:

- ✓ La entidad posee todos los recursos necesarios para el desarrollo e implementación de un sistema de gestión de la calidad así como la satisfacción total del usuario. Para ellos, existe una oficina de calidad y su respectivo comité de calidad
- ✓ La institución cuenta con un manual de perfiles de cargos, en los cuales se establece el nivel de formación y educación requerido para poder desempeñarse como servidor público de la institución.
- ✓ La entidad cuenta con una oficina de talento humano, en la cual se establecen los programas de capacitaciones e inducción para los servidores públicos del hospital.

- ✓ En la oficina de talento humano, apenas se está comenzando a evidenciar la programación de sus capacitaciones, pues ya tiene su correspondiente procedimiento documentado y está siendo implementado.
- ✗ La E.S.E HUS aún no logra verificar que sus servidores públicos cumplan con los requerimientos del cargo, debido a que estos son contratados por medio de contratistas a los cuales, nos se les realiza ningún tipo de supervisión.
- ✓ La entidad establece la infraestructura necesaria para la conformidad de los servicios ofrecidos por la misma.
- ✗ La ESE HUS está en gestión de mejora en la comunicación interna y un ambiente de trabajo sano, debido a la magnitud estructural del hospital, la comunicación interna entre todos los servicios es muy complicada.

Gráfica 19. Resultados del diagnóstico final del S.G.C, capítulo 6: Gestión de recursos.



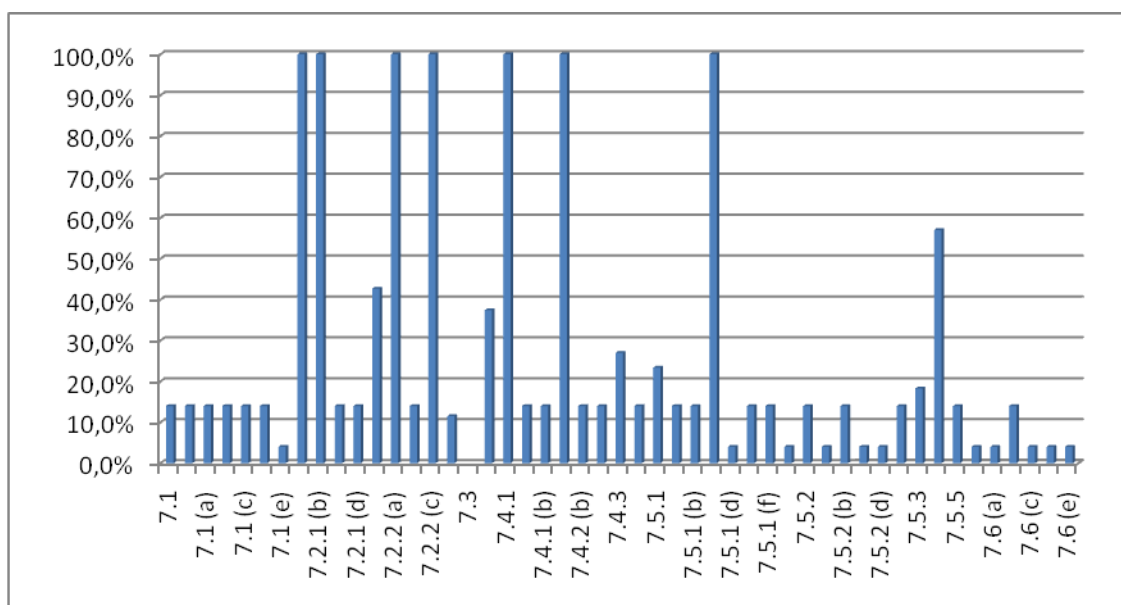
Fuente: Autoras

En el capítulo 7, sobre la realización de la prestación del servicio, observando los datos evidenciados en la gráfica 20, se analizó lo siguiente:

- ✓ La entidad tiene muy bien planificados sus servicios, cuenta con un portafolio de servicios, el cual ha sido mejorado y actualizado.
- ✓ La entidad en estos momentos cuenta con 29 procesos documentados, y actualizados de acuerdo con los cambios en el servicio, y los requisitos exigidos en la NTC GP 1000:2004 y los cambios que la ley ha venido exigiendo, en el proceso de habilitación de los servicios.
- ✓ La entidad sigue enfocada hacia la satisfacción del usuario, para efectos de cumplir con lo establecido en su misión institucional.
- ✓ La entidad mantiene una supervisión exhaustiva de todos los servicios que proporciona, mediante la oficina de calidad, por medio del Plan de Mejoramiento Continuo PMEC de los servicios de salud prestados por la entidad.
- ✓ Gracias al control de modificaciones planteado en el nuevo formato de los procesos, La entidad puede llevar a cabo una relación sobre los cambios que se presentan en cada uno de sus servicios.
- ✓ La entidad maneja registros necesarios para proporcionar la efectividad de los procesos que se llevan a cabo y la prestación de los mismos; falta verificar el uso eficiente de los mismos en cada uno de los servicios
- ✓ La entidad a través de la oficina de atención al usuario, mantiene una comunicación con el mismo, atendiendo las quejas o reclamos así como sugerencias de los mismos. Este procedimiento ha sido satisfactoriamente actualizado, ahora hay mayor control y orden en el desarrollo de sus actividades

- ✓ La entidad cuenta con un departamento de contratación, encargado de realizar la supervisión y contratación de servicios complementarios para la prestación de los servicios.
- ✓ La entidad mantiene bajo contratación algunos servicios, estos se dan por medio de licitaciones públicas, las cuales son emitidas por el hospital y evaluadas por el mismo, en dónde se establece por medio de un pliego de condiciones todos los requerimientos del servicio.

Gráfica 20. Resultados del diagnóstico final del S.G.C, capítulo 7: Realización de la prestación del servicio.



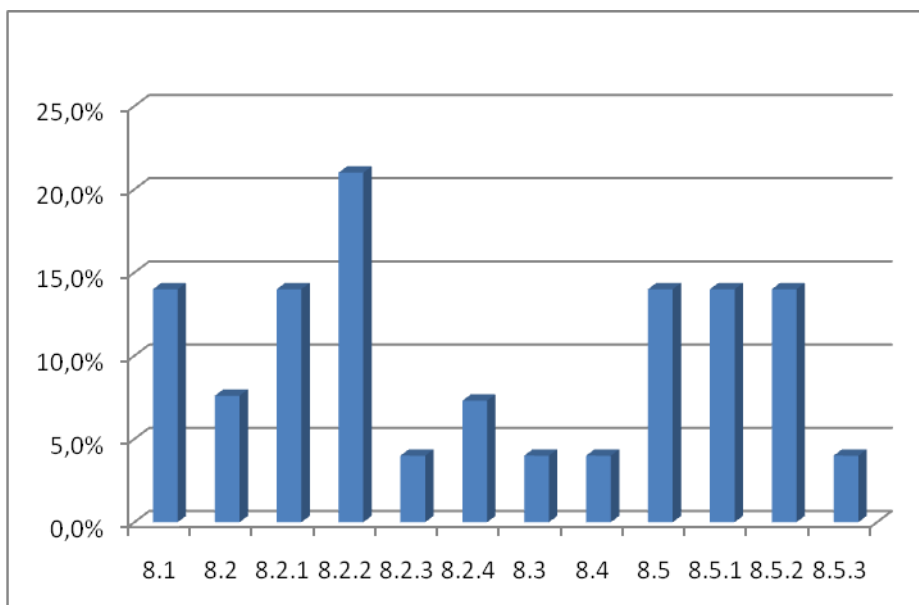
Fuente: Autoras

Finalmente para el capítulo 8, sobre seguimiento y medición, según los datos presentados en la gráfica 21 se realizaron las siguientes observaciones:

- ✗ La entidad aun no ha realizado auditorías internas de calidad, que midan la eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad. Pero si se le ha hecho seguimiento a la mejora de cada uno de los procedimientos en cuanto a su documentación e implementación de la misma y se ha diseñado ficha de indicadores para cada proceso hospedaje

- ✓ La entidad ha establecido y documentado su proceso de obligatoriedad de seguimiento y medición, el cual va a ser implementado para verificar la efectividad de los procesos vinculados al sistema de gestión de la calidad.
- ✗ Se diseñaron los indicadores de gestión, para validar la efectividad de los procedimientos, pero estos no han sido ejecutados en los procesos, por lo cual, no se ha podido realizar análisis de datos a los resultados.
- ✓ La E.S.E HUS ha diseñado su procedimiento de producto no conforme y apenas inició su etapa de implementación

Gráfica 21. Resultados del diagnóstico final S.G.C, capítulo 8: seguimiento y medición.



Fuente: Autoras

12. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Tabla 12. Informe sobre el nivel de cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos en el presente proyecto de grado

OBJETIVOS DEL PROYECTO	% DE CUMPLIMIENTO	RESULTADOS										
<p>Elaborar un diagnóstico inicial para cada uno de los procesos que se manejan en el HUS según los requisitos de la NTC GP 1000:2004, señalando los cambios a realizar como análisis y modificaciones planteadas para cada uno de ellos</p>	<p>100%</p>	<p>Los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial del estado del sistema de gestión de la calidad, fueron los siguientes:</p> <table border="1" data-bbox="1066 594 1635 829"> <tr> <td>Requisitos Generales (4)</td> <td>6,3%</td> </tr> <tr> <td>Responsabilidades de la Dirección (5)</td> <td>6,1%</td> </tr> <tr> <td>Gestión de Recursos (6)</td> <td>14,8%</td> </tr> <tr> <td>Prestación del Servicio (7)</td> <td>11,4%</td> </tr> <tr> <td>Medición, Análisis y Mejora. (8)</td> <td>2,0%</td> </tr> </table> <p>La entidad no contaba con un sistema de gestión de la calidad lo suficientemente verás que proporcionara la eficiencia y efectividad en los servicios que el Hospital universitario ofrece, actualmente la ESE HUS cuenta con un SGC mucho mas estructurado que cumple con la gran mayoría de los requisitos de la NTC GP 1000:2004.</p>	Requisitos Generales (4)	6,3%	Responsabilidades de la Dirección (5)	6,1%	Gestión de Recursos (6)	14,8%	Prestación del Servicio (7)	11,4%	Medición, Análisis y Mejora. (8)	2,0%
Requisitos Generales (4)	6,3%											
Responsabilidades de la Dirección (5)	6,1%											
Gestión de Recursos (6)	14,8%											
Prestación del Servicio (7)	11,4%											
Medición, Análisis y Mejora. (8)	2,0%											
<p>Planificar el sistema de gestión de calidad, de acuerdo con los requisitos de la NTC GP 1000:2004 en el Hospital Universitario de Santander</p>	<p>100%</p>	<p>En la planificación del SGC se dio cumplimiento a las metodologías para realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de calidad • Objetivos de calidad • Metas y objetivos • Indicadores 										

OBJETIVOS DEL PROYECTO	% DE CUMPLIMIENTO	RESULTADOS							
		<ul style="list-style-type: none"> • Planes y estrategias para lograr los objetivos • Disposiciones para seguimiento y medición 							
<p>Ajustar y documentar los procesos del HUS según requerimientos de la NTC GP 1000:2004 y así mismo, diseñar y documentar los procesos obligatorios exigidos por la misma.</p>	<p>100%</p>	<p>Actualmente en la ESE HUS se encuentran documentados y aprobados los procedimientos del proceso de gestión de calidad obligatorios, los cuales son:</p> <table border="1" data-bbox="1146 610 1682 889"> <thead> <tr> <th>PROCEDIMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Control De Documentos Y Registros</td> </tr> <tr> <td>Auditorias Internas</td> </tr> <tr> <td>Revisión Por La Dirección</td> </tr> <tr> <td>Mejora Continua</td> </tr> <tr> <td>Producto No Conforme</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento Y Medición</td> </tr> </tbody> </table> <p>También en el listado maestro de documentos, se puede evidenciar la actualización y cambio de versión de los 29 procesos que se manejan en la ESE HUS.</p>	PROCEDIMIENTO	Control De Documentos Y Registros	Auditorias Internas	Revisión Por La Dirección	Mejora Continua	Producto No Conforme	Seguimiento Y Medición
PROCEDIMIENTO									
Control De Documentos Y Registros									
Auditorias Internas									
Revisión Por La Dirección									
Mejora Continua									
Producto No Conforme									
Seguimiento Y Medición									
<p>Implementar el SGC diseñado y documentado regido bajo la NTC GP 1000:2004 en la ESE HUS.</p>	<p>90%</p>	<p>Como resultado de de la implementación del sistema de gestión de calidad en la ESE HUS, se obtuvo un aumento en el nivel de cumplimiento de los deberes de la norma, pues del 8,2% paso al 29,54% de cumplimiento con los requisitos de cada capítulo.</p>							

OBJETIVOS DEL PROYECTO	% DE CUMPLIMIENTO	RESULTADOS	
Evaluar la efectividad del diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad en el HUS, mediante su respectivo diagnóstico final	100%	Los resultados arrojados en el diagnóstico final del estado del sistema de gestión de la calidad, fueron los siguientes.	
		Requisitos Generales (4)	29,6%
		Responsabilidades de la Dirección (5)	29,0%
		Gestión de Recursos (6)	35,5%
		Prestación del Servicio (7)	14,1%
		Medición, Análisis y Mejora. (8)	9,5%

Fuente: Autoras

CONCLUSIONES

- Con base al análisis del diagnóstico inicial, se detectó la necesidad de documentar e implementar el sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la norma NTC GP 1000-2004, contribuyendo de ésta manera al logro de los objetivos propuestos por la alta dirección de la entidad en el plan de desarrollo del año 2008.
- Durante el análisis de los resultados encontrados en el diagnóstico inicial del sistema, se hizo una re-estructuración a la oficina de calidad de la entidad con el fin de determinar los cargos responsables en las diferentes actividades para la ejecución del sistema de gestión de la calidad.
- La existencia de un sistema de gestión de calidad, basado en gestión por procesos, facilitó la implementación de servicios ajustados a los estándares de calidad establecidos. El estándar de normas NTC GP 1000:2004 ha demostrado que constituye un elemento determinante en la implementación de sistemas de calidad en las entidades públicas del país, con impacto relevante al nivel de la adquisición de la capacidad organizativa y de gestión.
- Con la planificación estratégica de la calidad, se facilita el desarrollo de la documentación e implementación del SGC, pues en ella, se encuentran definidas las herramientas y/o metodologías a seguir para el logro efectivo de la misión, visión y directrices organizacionales en la ESE HUS.
- El sistema de gestión de calidad regido bajo la NTC GP 1000:2004, ha representado para la ESE HUS oportunidades de mejora en la gestión del control y diseño de los documentos y registros del sistema de calidad.
- Gracias a la implementación del SGC en la ESE HUS, se logró establecer el manual de calidad de la entidad y la creación del comité de calidad que estará encargado de direccionar, liderar y coordinar el diseño, planeación, implementación y seguimiento

del Sistema de Gestión de Calidad en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.

- El sistema de gestión de calidad implementado en la ESE HUS se encuentra diseñado y adaptado a todos los procesos que en éste se llevan a cabo, con la finalidad de garantizar eficacia, eficiencia y mejora continua en la prestación de sus servicios y a la vez buscar la satisfacción de sus usuarios objetivo que se deja plenamente documentado y con sus respectivos Indicadores para que la entidad pueda identificar en tiempo real las fallas en la prestación de cualquiera de sus servicios cuantificando además el producto NO conforme lo que le permitirá tomar los correctivos necesarios para asegurarse un mejoramiento continuo y la menor falla posible en la prestación de los mismos redundando en una satisfacción del cliente y seguir posicionándose como uno de los Mejores Hospitales del país, además de evitarle posibles demandas por fallas en la prestación del servicio.
- Las mejoras en la satisfacción del personal se observaron desde el inicio de la ejecución del proyecto de grado y se fueron acentuado con la documentación e implementación de registros, controles y demás documentos del sistema, obteniéndose un personal totalmente identificado con la entidad y un clima laboral favorable y propicio para la ejecución del sistema.
- Se observó un mayor compromiso de la alta dirección de la entidad con el mejoramiento de los resultados de los procesos, promoviendo recursos para la ejecución y corrección de los mismos.
- La metodología implementada en el presente informe, logro ser efectiva para la implantación del sistema de gestión de la calidad en el Hospital Universitario de Santander.
- El sistema de calidad permite asegurar que los recursos de la organización sean efectivamente utilizados. Esto se puede confirmar en los resultados de la implementación, ya que los procesos misionales de la entidad, se encuentran

ajustados, socializados y estandarizados de acuerdo a los protocolos y requisitos establecidos para la prestación de servicios de salud, disminuyendo de ésta manera servicios no conformes y usuarios insatisfechos.

- El diagnóstico final del sistema de gestión de calidad implementado en la ESE HUS permite evidenciar las oportunidades de mejoras en cuanto al nivel de cumplimiento de los requisitos exigidos por la NTC GP 1000:2004 lo que le permitirá a la entidad continuar avanzando en la documentación y mejoramiento continuo del sistema y lograr la acreditación en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en el sector salud

RECOMENDACIONES

- Se recomienda en la E.S.E HUS realizar auditorías internas de calidad, que les permita identificar las posibles no conformidades en los procesos y ejecutar planes de acción para eliminar a ocurrencia de las mismas dentro de los procesos de la entidad.
- Se recomienda implementar un sistema de calidad integrado que involucre los objetivos del sistema obligatorio de garantía de la calidad, el sistema de gestión de la calidad bajo la norma NTC GP 1000-2004 y los requisitos de las normas ambientales y de seguridad social aplicables al Hospital.
- Es importante que la entidad evalúe el desempeño del sistema de gestión a través de los métodos de medición establecidos ya que esto es fundamental para el mejoramiento de la calidad.
- Promover en cada uno de los procesos el mejoramiento continuo de sistema de gestión de la calidad implementado en la ESE HUS, de tal modo que se encuentre en permanente actualización y mejora, dejando registro de los cambios efectuados en el desarrollo de actividades de los procesos.
- Mantener, actualizar y divulgar todos los procedimientos y registros establecidos en el sistema de gestión de la calidad, pues en él, se evidencia la transparencia y legalidad de las actividades que se ejecutan en cada uno de los procesos y el manejo adecuado de sus correspondientes registros.
- Se recomienda a la Junta directiva de la Entidad, suministrar, mantener y programar los recursos necesarios (Financieros, personal, infraestructura, etc.) para asegurar el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad.
- Es importante que los directivos de la entidad mantengan el sistema de gestión de la calidad no solo con la finalidad de obtener la acreditación, sino con miras de ser cada

día mejor y ofrecer a la comunidad santandereana un servicio de salud con los mejores estándares y condiciones de calidad.

- Se recomienda realizar un estudio de métodos y tiempos que les permita conocer y determinar la duración de los procesos de atención al usuario, urgencias, farmacia y consulta externa con el fin de optimizar el tiempo de cada proceso y así disminuir las inconformidades de los usuarios con respecto a la atención de éstos servicios.
- Es importante que la alta dirección vele por la seguridad y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, evitando pérdidas de información que afecten el aseguramiento del sistema y realizándole gradualmente las mejoras y/o modificaciones que este conlleve.
- Es importante recalcar a la entidad, la importancia de mantener comunicación con los proveedores y controlar la prestación de sus servicios, exigiendo el cumplimiento de los requisitos del sistema y de la entidad.
- La Alta Dirección junto con la oficina de Desarrollo Institucional y la Oficina de Calidad deben afianzar la comunicación con los usuarios internos y externos de la entidad; así como continuar realizando estudios e investigaciones que ayuden a decidir la expansión hacia otros servicios de salud que le permitan a la entidad ampliar su portafolio de servicios y asegurarse el cubrimiento de cierta demanda insatisfecha.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de diseño para Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTC GP1000:2004, Bogotá, D.C. Junio de 2007
- Material didáctico y apuntes de clases del Diplomado Modelos Integrados Para La Gestión Organizacional HSEQ, "Sistemas De Gestión De La Calidad ISO 9001:2008, ISO 14001:2004 Y OHSAS 18001:2007, Duodécima Cohorte, Bucaramanga, Febrero de 2009
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2000, Editada por el instituto colombiano de normas técnicas y certificación (ICONTEC). Apartado 14237 Bogotá, D.C. Tercera Actualización. Editada 2008-11-18
- Norma técnica de calidad en la gestión pública (NTC GP 1000:2004). Editada por el instituto colombiano de normas técnicas y certificación (ICONTEC). Apartado 958-9383-51-3Bogotá, D.C, Actualizada, 2007
- Hugo Orlando Laiton Pinzón. Diseño, Documentación E Implementación Del Sistema De Gestión De Calidad en la Empresa Maquinados Y Montajes LTDA bajo la Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2000. Práctica Empresarial (Ingeniero Industrial). Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. Facultad de ingeniería industrial.

WEBGRAFÍA

Nacimiento HUS. Disponible en
<http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/marzo/12/10122005.htm>. Recuperado en
 septiembre 02 de 2008

Decreto 4110 del 2003, Artículo 1, Disponible en
<http://www.contraloriafloridablanca.gov.co>. Recuperado en octubre 19 de 2008.

Contraloría General de Antioquia. Disponible en:
<http://www.contraloriagdeant.gov.co/iso9000.asp>. Recuperado en enero 03 de 2009

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE- SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN. Disponible
 en: www.eserafaeluribe.gov.co:8080/Calidad/Download/3CartN2NTCGP1000MECI.doc -
 Recuperado en diciembre 11 de 2008

GOBERNACION DEL HUILA, TRAS CERTIFICACIÓN GP-1000. Disponible en
<http://www.businesscol.com/noticias/fullnews.php?id=1796>. Recuperado en diciembre 09
 de 2008

Definiciones GP 1000:2004. Disponible en:
[http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GES
 TION_PUBLICA_NTCGP_1000.pdf](http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.pdf). Recuperado en noviembre 08 de 2008

Diagrama Simplificado De Los Elementos De Un Proceso. Disponible en
http://www.persys.com.mx/secciones/procesos_definicion.html. Recuperado en
 septiembre 06 de 2008

Indicador de gestión, Disponible en:
[http://www.mincomunicaciones.gov.co/mincom/src/?page=../mods/faq/faq_cliente&id=30&s
 tate=V&id_tool=0](http://www.mincomunicaciones.gov.co/mincom/src/?page=../mods/faq/faq_cliente&id=30&state=V&id_tool=0). Recuperado en octubre 02 de 2008

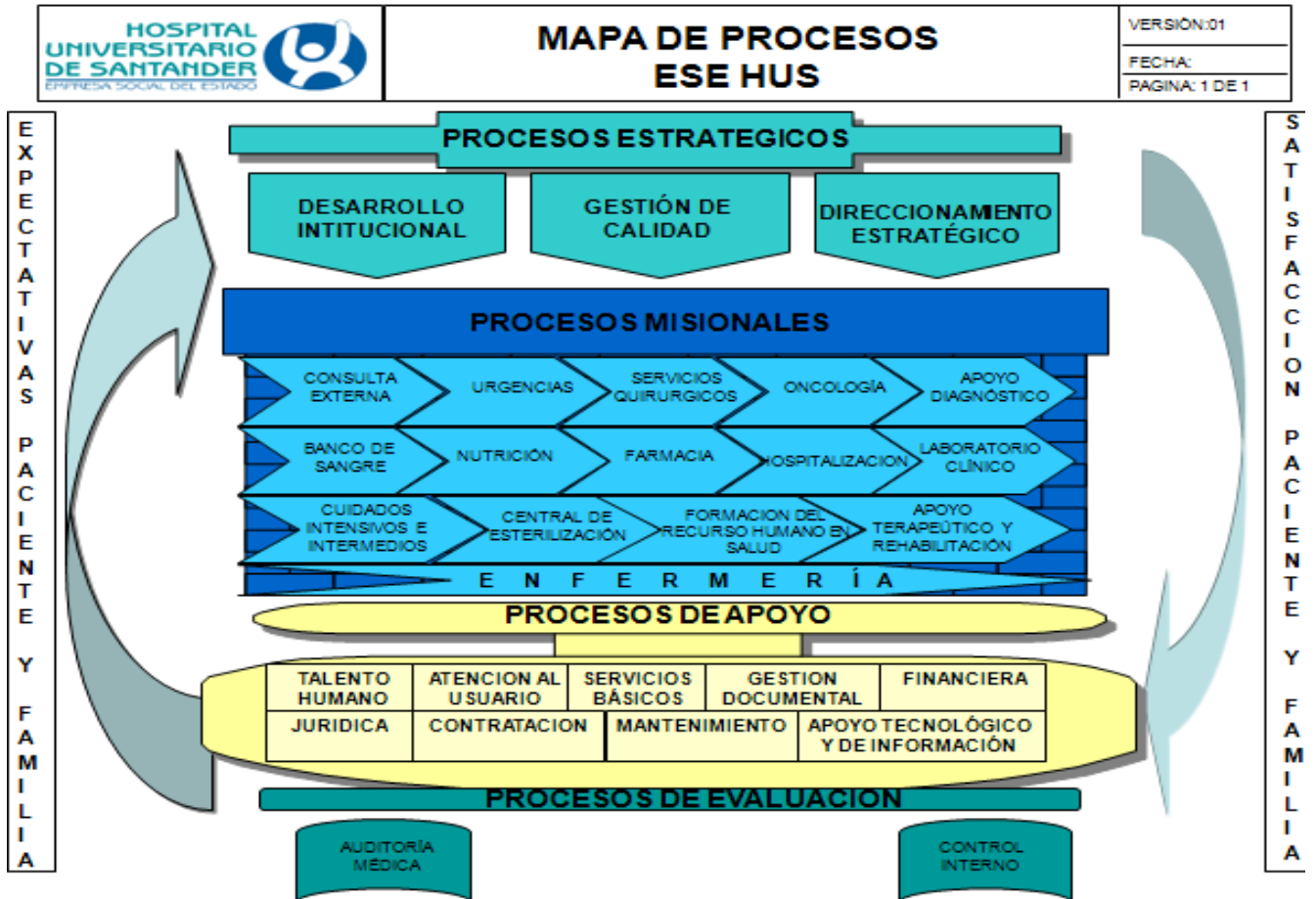
CICLO PHVA. Disponible en:
<http://www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp?idarticulo=180>. Recuperado en
septiembre 07 de 2008

Definición diagrama de procesos. Disponible en:
<http://148.202.148.5/cursos/id209/mzaragoza/unidad2/unidad2dos.htm>. Recuperado en
octubre 01 de 2008

Definiciones GP 1000:2004. Disponible en:
http://procesos.univalle.edu.co/Archivos/NORMA_TECNICA_DE_CALIDAD_EN_LA_GESTION_PUBLICA_NTCGP_1000.pdf. Recuperado en noviembre 08 de 2008

ANEXOS

ANEXO A: MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER



ANEXO B: ESTADO DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.

Nº	PROCESOS ESTRATEGICOS	ESTADO
1	Desarrollo Institucional	En Revisión
2	Gestión De Calidad	En Documentación
3	Direccionamiento Estratégico	En Revisión
PROCESOS MISIONALES		
4	Consulta Externa	En Revisión
5	Urgencias	En Revisión
6	Servicios Quirúrgicos	En Revisión
7	Oncología	Aprobado
8	Apoyo Diagnostico	En Revisión
9	Banco De Sangre	En Documentación
10	Nutrición	Aprobado
11	Farmacia	En Documentación
12	Hospitalización	En Revisión
13	Laboratorio Clínico	En Revisión
14	Cuido Intensivos E Intermedios	En Documentación
15	Central De Esterilización	En Documentación
16	Formación Del Recurso Humano En Salud	En Documentación
17	Apoyo Terapéutico Y Rehabilitación	En Documentación
18	Enfermería	En Documentación
PROCESOS DE APOYO		
19	Talento Humano	En Documentación
20	Atención Al Usuario SIAU	Aprobado
21	Recursos Físicos Y Servicios Básicos	Aprobado
22	Proceso De Gestión Documental	En Documentación
23	Financiera	En Documentación
24	Jurídica	Aprobado
25	Contratación	En Revisión
26	Mantenimiento	En Revisión
27	Apoyo Tecnológico Y De Información	En Revisión
PROCESOS DE EVALUACION		
28	Auditoria Medica	En Documentación
29	Control Interno	En Revisión

ANEXO C: DIAGNÓSTICO INICIAL SEGÚN REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC GP 1000-2004.

Req. No	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NTC GP 1000-2004	CRITERIOS DE EVALUACIÓN										PUNTAJE %				OBSERVACIONES
		ESTADO DEL REQUISITO										DEBE	SU.SCF	SUB.CAP	CAP	
		N/A	A/INR	A/IND	P/D	P/NA	P/IM	P/ISMA	AUD	MJC						
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD										6,3%					
	Requisitos Generales													9,0%		
4.1	La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004.			X									2%			No se evidencia la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, según los requisitos de la Norma NTC GP 1000-2004. Existe evidencia de algunos procedimientos documentados faltando los exigidos por la presente norma. No existe evidencia de seguimiento y medición al SGC.
4.1(a)	La entidad debe identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado; incluyendo los procesos estratégicos, misionales, apoyo y evaluación.								X				27%			Se encuentra documentado el mapa de procesos, en el cual, se describen los procesos pertenecientes a la entidad; es necesario actualizar el documento.
4.1(b)	La entidad debe determinar la secuencia e interacción de estos procesos. (Mapa de procesos)								X				27%			
4.1⊕	La entidad debe determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes					X							7%			Existe evidencia de algunas caracterizaciones de procesos pertenecientes a la entidad, las cuales, se encuentran desactualizadas o en proceso de documentación.
4.1(d)	Debe asegurarse la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos					X							7%			

4.1(e)	Debe realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos	X									0%			No existe evidencia alguna del proceso de seguimiento y medición al SGC. No se mantienen ni establecen indicadores de gestión ni herramientas de medición.
4.1(f)	Debe implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos	X									0%			No se mantienen acciones correctivas ni preventivas para la mejora continua del SGC.
4.1(g)	Debe identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad			X							2%			No se mantienen ni comunican los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia para la entidad, lo cuales son de gran importancia para el SGC.
4.2	GESTIÓN DOCUMENTAL												3,7%	
4.2.1	Generalidades: La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:												3,2%	
4.2.1(a)	Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad				X						7%			Se evidencia la documentación de la política y objetivos de calidad. No se encuentra actualizada la política de calidad y los objetivos de calidad.
4.2.1(b)	Manual de la calidad	X									0%			No existe evidencia del Manual de Calidad del sistema de gestión.
4.2.1(c)	Los procedimientos documentados requeridos en esta Norma			X							2%			Sólo se encuentran documentados tres procedimientos exigidos por la norma los cuales se encuentran desactualizados o incompletos.
4.2.1(d)	Los documentos requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos				X						7%			Los procedimientos documentados se encuentran desactualizados y no demuestran evidencia de la veracidad y eficacia de las actividades a desarrollar. (Registros)
4.2.1(e)	Los registros requeridos por esta Norma	X									0%			Sólo se manejan registros para los procesos misionales, éstos no se encuentran codificados ni referenciados en los procedimientos del SGC.

Control de Documentos												7,5%			
4.2.3	Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse.					X						7%			La totalidad de los documentos establecidos por la entidad no se encuentran actualizados. No existe evidencia del control de documentos establecidos en el sistema de calidad.
4.2.3(a)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su						X					14%			El procedimiento de control de documentos se encuentra desactualizado.
4.2.3(b)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente						X					14%			El documento define los controles necesarios para la revisión y actualización cuando éste lo requiera.
4.2.3(c)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos						X					7%			El documento no define los controles para asegurar la identificación de cambios y estado de revisión actual.
4.2.3(d)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso			X								2%			El documento no define los controles para asegurar que las versiones se encuentran disponibles.
4.2.3(e)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables						X					14%			El documento se encuentra legible pero desactualizado.
4.2.3(d)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso			X								2%			El documento no define los controles para asegurar que las versiones se encuentran disponibles.
4.2.3(e)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables						X					14%			El documento se encuentra legible pero desactualizado.

Control de Registros		2,0%												
	Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables			X								2%		No se mantiene evidencia de los registros asociados a los procesos de la entidad.
4.2.4	Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, acorde con las disposiciones legales vigentes sobre la			X								2%		No existe un procedimiento documentado para la definición de los controles de los registros
	Las entidades deben identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables sobre el control de los registros (por ejemplo la Ley 594 de 2000)			X								2%		No se aplica la ley de archivos en los documentos del sistema de gestión.
5	RESPONSABILIDADES POR LA DIRECCION											6,1%		
5.1	Compromiso de la Dirección: La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad											4,6%		
5.1(a)	La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas de la entidad acerca de la importancia de satisfacer tanto los			X								2%		No se evidencia un método acorde de comunicación del personal con los usuarios de la entidad.
5.1(b)	La determinación de la política de la calidad					X						7%		La política de calidad se encuentra documentada, recomienda actualizarla.
5.1(c)	La seguridad de que se establecen los objetivos de la calidad					X						7%		Se encuentran establecidos los objetivos de calidad, se recomienda actualizarlos de acuerdo a las directrices de la entidad.
5.1(d)	La realización de las revisiones por la dirección		X									0%		No se encuentra evidencia de las revisiones del sistema de gestión por parte de la alta dirección de la entidad.
5.1(e)	El aseguramiento de la disponibilidad de recursos					X						7%		El aseguramiento en la disponibilidad de recursos debe actualizarse y adecuarse a las nuevas disposiciones del sistema de gestión de la calidad.

Enfoque al Cliente											14,0%		
5.2	La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente					X				14%			Se encuentra un procedimiento de atención al usuario el cual se recomienda actualizar.
5.3	La Política de Calidad debe ser:											6,2%	
5.3(a)	Adecuada a la misión de la entidad					X				7%			La política de calidad debe actualizarse de acuerdo a la misión de la entidad.
5.3(b)	Ser aplicable al tipo de entidad, coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos					X				14%			La política es apropiada a la naturaleza de la entidad, se recomienda actualizarla e implementarla.
5.3(c)	Debe incluir un compromiso de cumplir con los requisitos de sus clientes, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad, y dentro del marco de su misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del Estado, definidos constitucionalmente					X				14%			La política incluye el compromiso con los clientes y la mejora continua del sistema de gestión de la calidad, pero debe implementarse.
5.3(d)	Debe proporcionar un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad					X				14%			La política de calidad proporciona el despliegue de objetivos de calidad.
5.3(e)	Se debe comunicar a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y es entendida por ellos					X				7%			El método utilizado para su comunicación no es eficiente, por lo tanto se recomienda replantear el método de comunicación. El personal de la entidad no conoce la política.
5.3(f)	Se debe revisar para su adecuación continua			X						2%			No existe evidencia de la revisión de la política de calidad.

5.6		Revisión por la Dirección										1,0%		
5.6.1		Generalidades										0,0%		
5.6.1		La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad										0%		No existe evidencia de la revisión del sistema de gestión de la calidad.
5.6.1		Deben mantenerse registros de las revisiones efectuadas por la dirección (véase el numeral 4.2.4).										0%		
5.6.2		Información para la Revisión: Para la realización del informe de revisión por la dirección, es necesario contar con la siguiente información.										0,9%		
5.6.2(a)	Los resultados de auditorías realizadas en											0%		No se mantiene registros de las auditorías internas, las retroalimentaciones de los usuarios, los planes de acción, los cambios en el sistema, las recomendaciones para la mejora y el análisis de los riesgos identificados por la entidad.
5.6.2(b)	La retroalimentación del cliente											0%		
5.6.2(c)	El desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio											0%		
5.6.2(d)	El estado de las acciones correctivas y preventivas											0%		
5.6.2(e)	Las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección											0%		
5.6.2(f)	Los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad											0%		
5.6.2(g)	Las recomendaciones para la mejora											0%		

6		GESTIÓN DE RECURSOS										14,8%			
6.1		Provisión de Recursos										27,0%			
6.1 (a)	La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad									X			27%		La entidad se encuentra en proceso de seguimiento en la proporción de los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión y el aumento de la satisfacción de los usuarios.
6.1 (b)	La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos									X			27%		
6.2		Talento Humano										9,5%			
6.2.1		Generalidades										14,0%			
6.2.1	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas que realicen trabajos que afecten la calidad del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas									X			14%		La entidad mantiene los registros necesarios para demostrar las competencias y habilidades del personal de planta, se recomienda verificar las competencias para el personal indirecto de la entidad.
6.2.2		Competencia, Toma de Conciencia y Formación: La entidad debe:										5,0%			
6.2.2 (a)	Determinar la competencia necesaria de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio									X			7%		Es necesario determinar la competencia y proporcionar la formación a todo el personal de la entidad.
6.2.2 (b)	Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades									X			7%		
6.2.2 (c)	Evaluar las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad			X									2%		No se evalúa el impacto de las acciones tomadas en el sistema de gestión de la calidad.

7.4 Adquisición de Bienes y Servicios												17,1%		
Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios												2,2%		
7.4.1	La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.										X	27%		La entidad se encuentra en proceso de seguimiento y medición en los procesos relacionados con los contratistas.
7.4.1	La entidad debe evaluar y seleccionar a los proveedores con base en una selección objetiva y en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad.											2%		No se realiza evaluaciones a los proveedores y/o contratistas de la entidad
	Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación de los proveedores											2%		No se establecen criterios de evaluación y re-evaluación de proveedores
	Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria derivada de estas (véase el numeral 4.2.4).											2%		No se mantiene los registros de las evaluaciones y re-evaluaciones de proveedores.
7.4.2 Información para la Adquisición de Bienes o Servicios												22,0%		
7.4.2(a)	La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y equipos.										X	27%		Los procesos relacionados con los proveedores y contratistas se encuentra en procesos de seguimiento y actualización.
7.4.2(b)	La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado los requisitos para la calificación del personal.										X	27%		
7.4.2(c)	La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado los requisitos del sistema de gestión de la calidad										X	27%		
7.4.2	La entidad debe asegurarse de la adecuación de los requisitos para la adquisición de bienes y servicios especificados, antes de comunicárselos al proveedor										X	27%		

Verificación de los productos y/o		27,0%										
7.4.3	La entidad debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las							X			27%	Los procesos de inspección y pliegos de condiciones se encuentran documentados, es importante realizar seguimiento y medición de la eficacia de los mismos.
	La entidad debe establecer en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables las especificaciones para la verificación pretendida y el método para la aceptación del producto y/o servicio.							X			27%	
7.5	Producción y prestación del servicio.	6,9%										
7.5.1	Control de la prestación del servicio: La entidad debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.										10,9%	
7.5.1(a)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la disponibilidad de la información que describa las características del producto y/o servicio.							X			27%	El proceso de gestión de calidad se encuentra en procesos de medición y análisis.
7.5.1(b)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario							X			27%	
7.5.1 (c)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, el uso del equipo apropiado						X				14%	Los equipos aplicables se encuentran en actualizaciones y modificaciones
7.5.1(d)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición			X							2%	No existe evidencia de la disponibilidad de equipos de medición y calibración. No se llevan a cabo métodos de seguimiento y medición en los procesos. No existe evidencia de la aceptación y entrega de los servicios prestados por la entidad.
7.5.1(e)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la implementación del seguimiento y de la medición			X							2%	
7.5.1(f)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la implementación de actividades de aceptación, entrega y posteriores a la entrega			X							2%	
7.5.1(g)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, los riesgos de mayor probabilidad			X							2%	

Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio.									2,5%				
7.5.2	La entidad debe validar aquellos procesos de producción dónde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores						X		27%				La validación en la prestación de los servicios se evidencia en la ejecución de los protocolos, la formación y capacitación de los médicos y personal de la entidad.
	La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados						X		27%				
7.5.2 (a)	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos						X		27%				
7.5.2 (b)	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable la aprobación de equipos y calificación de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas						X		27%				
7.5.2 ◊	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable el uso de métodos y procedimientos específicos						X		27%				
7.5.2 (d)	los requisitos de los registros (véase el numeral 4.2.4), y relevancia					X			14%				Los registros se encuentran en proceso de modificación y actualización
Propiedad del Cliente									14,0%				
7.5.4	La entidad debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando.						X		14%				Los procesos de identificación y protección de los bienes de los usuarios se encuentran en proceso de actualización y modificación.
	La entidad debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio. Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso, debe ser registrado (véase el numeral 4.2.4) y su estado comunicado al cliente						X		14%				
Preservación del Producto y/o Servicio									14,0%				
7.5.5	La entidad debe preservar la conformidad del producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta preservación debe incluir, según sea aplicable, la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto y/o servicio						X		14%				Los procesos de hospitalización de la entidad, se encuentran en proceso de modificación y actualización

Control de Dispositivos de Seguimiento y Medición												1,5%					
7.6	La entidad debe determinar el seguimiento y la medición por realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados (véase el numeral 7.2.1).			X									2%				No se mantiene evidencia de seguimiento y medición a los procesos de la entidad.
	La entidad debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y de que se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.				X									4%			
7.6(a)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales cuando no existan tales patrones, debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación;			X										0%			No se evidencia un procedimiento ni registros de calibración de equipos.
7.6(b)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe ajustarse o reajustarse según sea necesario;			X										2%			No se mantienen evidencias o soportes sobre la calibración de los equipos.
7.6(c)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe identificarse para poder determinar el estado de calibración			X										2%			
7.6(d)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición			X										2%			
7.6(e)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento			X										2%			

8	MEDICION DE ANALISIS Y DESARROLLO										2,0%	
8.1	Generalidades: La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:										0,7%	
8.1(a)	Demostrar la conformidad del producto y/o servicio			X							2%	No se identifican los métodos para el seguimiento y medición de los procesos.
8.1(b)	Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad		X								0%	No existe evidencia en el aseguramiento de la conformidad del sistema y su mejoramiento continuo.
8.1(c)	Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la		X								0%	
8.2	Seguimiento y Medición										5,2%	
	Satisfacción del Cliente										14%	
8.2.1	Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.						X				14%	El proceso de atención al usuario se encuentra en proceso de modificación y actualización.
	Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.						X				14%	
8.2.2	Auditoría Interna: La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:										0,9%	
8.2.2(a)	Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta norma y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad		X								0%	No existe evidencia de auditorías internas de calidad en la entidad
8.2.2(b)	Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva		X								0%	
	Se debe planificar un programa de auditorías internas tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, así como los resultados de auditorías previas.		X								0%	
	Se deben definir los criterios de la auditoría interna, su alcance, su frecuencia y metodología.		X								0%	
	La selección de los auditores y la realización de las auditorías internas deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.		X								0%	
8.2.2	Deben definirse, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías internas, para informar acerca de los resultados y para mantener los registros (véase el numeral					X					7%	El procedimiento se encuentra desactualizado.

Control de Servicio no Conforme											0,0%		
8.3	La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.	X								0%			No se mantiene un procedimiento documentado sobre el Control de producto no conforme. No se mantienen registros sobre la identificación de productos no conformes.
	Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme deben estar definidos en un procedimiento	X								0%			
8.3(a)	La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no	X								0%			
8.3(b)	La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante la autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y,	X								0%			
8.3(c)	La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto	X								0%			
8.3	Se deben mantener registros (véase el numeral 4.2.4) de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido	X								0%			
	Cuando se corrija un producto y/o servicio no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos	X								0%			
	Cuando se detecte un producto y/o servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la entidad debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad	X								0%			

Acción Preventiva		0,0%													
8.5.3	La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas	X										0%			No se mantiene un procedimiento documentado de acciones preventivas. No existe evidencia de la identificación de acciones preventivas. No existe evidencia en el plan de acción para las acciones preventivas.
	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para	X										0%			
8.5.3(a)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas	X										0%			
8.5.3(b)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades	X										0%			
8.5.3(c)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para determinar e implementar las acciones necesarias	X										0%			
8.5.3(d)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numera 4.2.4),	X										0%			
8.5.3(e)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para revisar las acciones preventivas tomadas	X										0%			

ANEXO D: DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SGC SEGÚN NTC GP 1000-2004.

Req. No	Documento / Registro	Estado Actual del Documento					Punto. %	Total %	Total Cap. %	Observación
		N/A	D/NE	D/ID	D/A	PSM				
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD									2,8%	
4.1 Requisitos Generales									4,3%	
4.1 (a) - (b)	Mapa de Procesos					X	10%		Mapa de Procesos HUS (Documentado, se recomienda actualizar)	
4.1 (c)	Caracterizaciones de los procesos				X		5%		No existe	
4.1 (e)	Manual de Ficha de Indicadores		X				0%		No existe	
4.1 (g)	Procedimiento para la Gestión de Riesgos		X				0%		No existe	
	Mapa de Riesgos				X		5%		Mapa de Riesgos (Se recomienda implementarlo y actualizarlo)	
	Política de Riesgos				X		5%		Política de Riesgos (Documentado)	
	Plan de Control de los Riesgos				X		5%		Plan de control de Riesgos (Documentado, se recomienda realizar seguimiento y mejora)	
4.2 Gestión Documental									2,0%	
4.2.1 Generalidades									3,3%	
4.2.1 (a) / 5.3	Política de Calidad				X		5%		Política de Calidad (Documentado, se recomienda realizar seguimiento y mejora)	
4.2.1 (a)	Objetivos de Calidad				X		5%		Objetivos de Calidad (Documentado, se recomienda realizar seguimiento y mejora)	
4.2.1 (b) 4.2.2	Manual de Calidad		X				0%		No existe	
4.2.1 (c) Documentos Obligatorios									1,0%	
4.2.3	Procedimiento de Control de Documentos			X			2%		Es necesario modificar, completar y actualizar el procedimiento, ya que no evidencia todos los requerimientos de la norma.	
4.2.4	Procedimiento de Control de Registros			X			2%		El procedimiento se encuentra incompleto, no evidencia todos los requerimientos de la norma.	
8.2.2	Procedimiento Para Auditorías de Calidad			X			2%		El procedimiento se encuentra desactualizado e incompleto.	
8.5.2	Procedimiento de Acciones Correctivas		X				0%		No existe	
8.5.3	Procedimiento de Acciones Preventivas		X				0%		No existe	
8.3	Procedimiento de Producto No Conforme		X				0%		No existe	

4.2.1 (d) Documentos según necesidades específicas de la Entidad								2,7%	
Procesos Estratégicos (3)								1,3%	
4.2.1 (d)	Proceso Gestión de la Calidad			X			2%	<ul style="list-style-type: none"> ~ Los procedimientos establecidos en el proceso, no cumplen a cabalidad con los requisitos de la norma, de igual manera no son coherentes con las actividades que se desempeña en el proceso de gestión de la calidad. ~ El proceso de Gestión de la Calidad, no se encuentra estructurado de acuerdo a los requisitos que un sistema de calidad requiere. ~ No proporcionan evidencia para su análisis y medición. No cuenta con un plan de indicadores que garantice la efectividad del proceso. ~ No se le realiza seguimiento al proceso ~ No existe un sistema de gestión de calidad, que garantice la efectividad de los procesos que se llevan a cabo en la E.S.E HUS. 	
	Proceso de Desarrollo Institucional			X			2%	<ul style="list-style-type: none"> ~ No evidencian de acciones correctivas y preventivas ~ No se encuentra aprobado ~ No se le realiza seguimiento, análisis y medición al proceso. ~ En la documentación de todos los procedimientos del proceso, no se relacionan registros que le den veracidad al cumplimiento de las actividades. ~ Los procedimientos no se encuentran completos, según los relacionados en la caracterización. ~ Las actividades de todos los procedimientos no garantizan por completo la ejecución del proceso. 	
	Proceso de Direccionamiento Estratégico			X			0%	<ul style="list-style-type: none"> ~ No existe un procedimiento dónde se revise el sistema de gestión de la calidad, en el cuál se demuestre los resultados de la auditorías, la retroalimentación del cliente, el desempeño de los procesos, el estado de las acciones correctivas y preventivas, las acciones de seguimiento, los cambios que podrían afectar el sistema, las recomendaciones para la mejora, y los riesgos actualizados e identificados. ~ No se encuentra caracterización del proceso. ~ No se encuentra documentado ningún procedimiento del proceso de direccionamiento estratégico ~ No se le ha realizado seguimiento, medición y análisis ~ No presenta acciones correctivas ni preventivas 	

Procesos de Apoyo (9)							2,3%	
4.2.1 (d)	Oficina Jurídica			X			2%	<ul style="list-style-type: none"> ~ Se encuentra desactualizado. ~ No posee un plan de acción para toma de acciones correctivas y preventiva ~ No se define cómo se realiza la selección y evaluación de los proveedores. ~ No se evidencia una lista de proveedores confiables ~ No realiza evaluación ni re-evaluación a los diferentes proveedores.
	Unidad Funcional de Talento Humano			X			2%	<ul style="list-style-type: none"> ~No existe un procedimiento sobre cómo se evalúan el desempeño de los servidores públicos que laboran en la entidad. ~No existe evidencia de la conformidad de los servidores públicos, en el ambiente de trabajo. (Evaluación del Clima Laboral) ~ No se realiza seguimiento, medición y análisis al proceso. ~ Los registro relacionados en los diferentes procedimientos, no se encuentran documentados. ~ No se toman acciones preventivas ni correctivas. ~ No realizan un plan de acción para las no conformidades
	Proceso Financiero			X			2%	<ul style="list-style-type: none"> ~ Se encuentra desactualizado. Está para nueva versión ~ Actualmente se encuentra conformado por 21 procedimientos, los cuales todos están desactualizados y para cambio de versión. ~ No posee un plan de acción para toma de acciones correctivas y preventivas ~ No tiene evidencia de seguimiento a la efectividad del proceso ~ No se maneja un procedimiento para la elaboración, ajustes y aprobación del presupuesto ~ No se realiza medición y análisis al proceso (No posee Indicadores) ~ Los procedimientos no referencian suficiente evidencia que proporcione veracidad en las actividades escritas en cada uno de ellos. ~ Se tiene la necesidad de realizar una evaluación en la que se verifique la efectividad de los procedimientos establecidos, y si es necesario documentar nuevos procedimientos, instructivos o demás.

	Proceso de Mantenimiento			X			2%		<ul style="list-style-type: none"> ~ Se encuentra desactualizado. ~ No se evidencia un procedimiento para la calibración y mantenimiento de los equipos ~ No posee un plan de acción para toma de acciones correctivas y preventiva 	
	Proceso de Gestión Documental			X			2%		<ul style="list-style-type: none"> ~ No establecen planes de acción correctivos ni preventivos~ No se realiza seguimiento, análisis y medición al proceso~ No se encuentran documentados la totalidad de los procedimientos referenciados en la caracterización~ No existe un plan de acciones correctivas~ No relacionan evidencia del cumplimiento de las actividades de los diferentes procedimientos 	
	Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos			X			2%		<ul style="list-style-type: none"> ~ Se encuentra desactualizado. ~ No se le ha realizado seguimiento ni medición al proceso ~ Los procedimientos no referencian suficiente evidencia que proporcione veracidad en las actividades escritas en cada uno de ellos. 	
	Apoyo tecnológico y de información				X		5%		~ No se le ha realizado seguimiento ni medición al proceso	
	Atención al Usuario			X			2%		<ul style="list-style-type: none"> ~ No se le ha realizado seguimiento ni medición al proceso ~ No tiene un plan de acción para la corrección de las no conformidades ~ No evidencian acciones correctivas ni preventivas 	
	Contratación			X			2%		Por modificar, completar y actualizar	
Procesos de Evaluación (2)								3,5%		
4.2.1 (d)	Control Interno			X			2%		<ul style="list-style-type: none"> ~ Se encuentra desactualizado e incompleto ~ No establecen planes de acción correctivos ni preventivos ~ No se realiza seguimiento, análisis y medición al proceso ~ No se encuentran documentados la totalidad de los procedimientos referenciados en la caracterización 	
	Auditoría Médica				X		5%		No se establecen planes de acción	
Procesos Misionales (14)								3,3%		
4.2.1 (d)	Proceso de Servicios Quirúrgicos			X			2%		<ul style="list-style-type: none"> ~ Los procesos se encuentran desactualizados e incompletos. ~ Los procedimientos documentados no relacionan registros que validen la veracidad y efectividad de las actividades desarrolladas. ~ Los códigos de los procedimientos se encuentran 	
	Esterilización			X			2%			

	Farmacia			X			2%		desactualizados ~ Los documentos no cumplen con los requisitos de la norma ~ No establecen planes de acción correctivos ni preventivos ~ No se realiza seguimiento, análisis y medición al proceso	
	Consulta Externa			X			2%			
	Laboratorio Clínico				X		5%		No se evidencia seguimiento y medición en los procesos.	
	Cuidado Intensivos e Intermedios			X			2%		~ Los procesos se encuentran incompletos y desactualizados ~ No se relacionan registros que validen la efectividad de las actividades ~ No se evidencia seguimiento y medición	
	Urgencias			X			2%			
	Hospitalización				X		5%		Los procesos no evidencian seguimiento y medición	
	Nutrición				X		5%			
	Oncología			X			2%		~ Se encuentra desactualizado. ~ No se encuentran documentados la totalidad de los procedimientos referenciados en la caracterización ~ No se relacionan registros que validen la efectividad de las actividades ~ No posee un plan de acción para toma de acciones correctivas y preventiva	
	Banco Metropolitano de Sangre				X		5%		Los procesos no evidencian métodos de seguimiento y medición	
	Enfermería				X		5%			
	Apoyo terapéutico y Rehabilitación				X		5%			
	Formación en Recurso Humano en Salud				X		5%			
	Apoyo Diagnóstico			X			2%			~ Se encuentra desactualizado. ~ No se encuentran documentados la totalidad de los procedimientos referenciados en la caracterización ~ No se relacionan registros que validen la efectividad de las actividades ~ No posee un plan de acción para toma de acciones correctivas y preventivas
4.2.1 (e) Registros Requeridos por la Norma								0,9%		
5.6.1	Informe de la Dirección			X			0%		No existe evidencias de realizaciones de informes por parte de la alta dirección.	
6.2.2 (e)	Educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. (Perfil de Cargos)				X		5%		Se mantiene un manual de funciones para los cargos directos de la entidad.	
7.1 (d)	Evidencia de que los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio resultante cumplen los requisitos				X		5%		Existen registros en cada proceso pero no se encuentran identificados ni controlados por el sistema de gestión de la calidad.	

7.2.2	Los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el servicio y de las acciones originadas por ésta.				X			5%		
7.4.1	Resultado de Re-evaluación de proveedores		X					0%		No existe evidencias de los resultados de las evaluaciones y re-evaluaciones de proveedores.
	Listado de Proveedores de Confiables		X					0%		No existe un listado de proveedores confiables
	Resultados de la evaluación de proveedores y de cualquier acción necesaria derivada de ésta. (Listado de proveedores confiables, re-evaluación de proveedores)		X					0%		No existe evidencias de los resultados de las evaluaciones y re-evaluaciones de proveedores.
7.5.2 (d)	Validación de los procesos de la producción y de la prestación de los servicios				X			5%		Existen registros en cada proceso pero no se encuentran identificados ni controlados por el sistema de gestión de la calidad.
7.5.3	La identificación única del servicio				X			5%		
7.5.4	Cualquier bien que sea propiedad del cliente, que se pierda, deteriore o que de algún o otro modo se considere inadecuado para su uso, y su estado debe ser comunicado al cliente.				X			5%		
7.6 (a)	La base utilizada para la calibración o la verificación de los dispositivos de seguimiento y medición		X					0%		~ No existe evidencia de los resultados de las calibraciones y mantenimientos de equipos. ~ No se evidencia la validez de los resultados de las mediciones y calibraciones
7.6	Los resultados de la calibración y verificación de los dispositivos o seguimientos de medición		X					0%		
7.6	La validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que los equipos no están conformes con los requisitos		X					5%		
8.2.2	Resultados de la Auditoría Interna y actividades de seguimiento.		X					0%		No existe evidencia de realización de auditorías, resultados y programación de auditorías.
	Programación de Auditorías		X					0%		
	Citación de Auditoría		X					0%		
8.2.4	La conformidad con los criterios de aceptación, Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la entrega del producto y/o prestación del servicio				X			5%		Historias Clínicas con las respectivas firmas de los responsables.
8.5.2	Los resultados de las acciones correctivas tomadas		X					0%		No existen registros para la verificación de los planes de acción y seguimiento a no conformidades y acciones preventivas.

	Plan de acción para las acciones correctivas		X					0%				
8.5.3	Los resultados de las acciones preventivas tomadas		X					0%				
	Plan de acción para las acciones preventivas		X					0%				
5. RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCIÓN										2,1%		
5.1	Compromiso de la Dirección										0,0%	
	Creación del Comité de Calidad.		X					0%			La entidad no cuenta con un comité de calidad que avale la conformidad de los procesos y le de seguimiento al sistema de gestión.	
	Procedimiento para la revisión del sistema de gestión de la calidad		X					0%			No existe un procedimiento para la revisión del sistema de gestión de la calidad.	
5.2	Enfoque al Cliente										2,0%	
	Procedimiento para la atención de solicitudes, quejas y reclamos			X				2%			El procedimiento de atención al cliente se encuentra desactualizado e incompleto.	
5.4	Planificación										1,3%	
	Procedimiento para la elaboración del plan de desarrollo			X				2%			El procedimiento se encuentra incompleto, no cumple con los requerimientos de la norma, no relaciona responsables, registros, recursos.	
	Procedimiento para la elaboración de los planes de acción		X					0%			No existe un procedimiento para la elaboración de los planes de acción del hospital.	
	Procedimiento para la gestión de programas y proyectos			X				2%			El procedimiento se encuentra desactualizado, no se relacionan registros.	
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación.										4,0%	
	Organigrama de la entidad						X	10%			La entidad establece un organigrama general, es necesario realizar seguimiento.	
	Matriz de responsabilidades y autoridades frente al SGC		X					0%			No se define la matriz de responsabilidades y autoridades en la entidad.	
	Plan de Comunicación			X				2%			El plan de comunicaciones de la entidad se encuentra desactualizado.	
5.6	Revisión por la Dirección										0,0%	
	Programa de reuniones de revisión por la dirección (Registro)		X					0%			No existe evidencia alguna del seguimiento al sistema de gestión de la calidad, no se encuentra establecido el comité de calidad en la entidad.	
	Actas de revisión del Sistema de Gestión de la Calidad		X					0%				
	Plan de Mejora del SGC, cómo resultado de la revisión por la dirección.		X					0%				


6. GESTIÓN DE RECURSOS									1,4%	
6.1 Provisión de Recursos									0,0%	
6.1	Procedimiento para la elaboración y seguimiento del plan de acción		X					0%	No se encuentra evidencia de los procedimientos estratégicos que garanticen la provisión de los recursos, es necesario documentarlo e implementarlo.	
	Procedimiento para la elaboración y seguimiento del plan de inversión		X					0%		
	Procedimiento para la elaboración, ajustes y aprobación del presupuesto		X					0%		
	Procedimiento para la elaboración del plan financiero		X					0%		
6.2 Talento Humano									4,1%	
6.2	Procedimiento para la selección y contratación del personal.			X				2%	El procedimiento se encuentra desactualizado e incompleto. No se evidencia los registros que avalen las actividades, la codificación del documento se encuentra desactualizada.	
	Procedimiento para la vinculación, formación			X				2%	El procedimiento se encuentra desactualizado, no cuenta con registros.	
	Procedimiento para la evaluación del personal			X				2%	El procedimiento se encuentra desactualizado y no brinda la información necesaria para realizar el proceso.	
	Procedimiento para la capacitación de los funcionarios de la entidad			X				2%	El procedimiento se encuentra desactualizado e incompleto, no se evidencia responsables ni registros.	
	Plan de capacitaciones para los funcionarios de la entidad (Registro)		X					0%	No existe un programa o plan de capacitaciones para el personal de la entidad.	
	Evaluación de la eficacia de la capacitación (Registro)			X				2%	El registro se encuentra desactualizado.	
	Hoja de vida de todos los funcionarios actualizada, con los soportes de educación, formación, habilidades y experiencia necesaria.					X		5%	Los soportes de hojas de vida solo están para el personal de planta.	
Manual de perfiles y cargos					X		5%	El documento especifica los cargos de planta.		
6.3 Infraestructura									1,3%	
6.3	Procedimiento de mantenimiento de la infraestructura de la entidad			X				2%	El procedimiento se encuentra desactualizado.	
	Plan de mantenimiento de la infraestructura			X				2%	El procedimiento se encuentra incompleto, no evidencia responsables ni registros.	
	Hoja de vida de equipos (Registro)		X					0%	No existe evidencia de las hojas de vida de los equipos.	

6.4 Ambiente de Trabajo								2,0%	
6.4	Evaluación del Clima laboral (Registro)			X			2%	Los registros solo evidencia la evaluación del personal de planta.	
7. REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO								1,8%	
7.1 Planificación de la realización de la prestación del servicio								2,0%	
7.5 Producción y prestación de servicio									
7.1 / 7.5	Procedimientos de la prestación de servicios (Misionales)			X			2%	Los procedimientos misionales se encuentran desactualizados e incompletos. (Ver Req. 4.2.1 d).	
	Plan de calidad de los procesos misionales			X			2%	Existen programas y protocolos para la realización de los procesos de la entidad, mediante la resolución 1400 (SOGC), la entidad establece resoluciones, investigaciones y auditorías para desarrollar la prestación de los servicios. Estos documentos debería estar dentro de los requisitos del sistema, y adecuarse a las especificaciones del mismo.	
7.2 Procesos relacionados con el Cliente								3,0%	
7.2	Procedimiento para la solicitud de quejas y/o reclamos.			X			2%	El procedimiento se encuentra desactualizado.	
	Procedimiento para la toma de sugerencias		X		X		0%	No existe evidencia de un documento que demuestre el proceso para la toma de sugerencias, quejas, reclamos ó felicitaciones.	
	Matriz de Comunicaciones				X		5%	La matriz de comunicación se encuentra en proceso seguimiento y medición.	
7.3 Diseño y Desarrollo								~	
7.3	Procedimiento para el diseño y desarrollo de servicios, programas y proyectos	X					~	No aplica para la entidad.	
7.4 Adquisición de Bienes y servicios								0,5%	
7.4	Procedimiento para la adquisición de Bienes y servicios			X			2%	El procedimiento se encuentra desactualizado.	
	Procedimiento para la evaluación de proveedores		X				0%	No existe evidencia de los procedimientos.	
	Procedimiento para la re-evaluación de proveedores		X				0%		
	Procedimiento para el seguimiento de proveedores		X				0%		
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA								2,5%	
8.2	Procedimiento para la medición de satisfacción del cliente (Registro de Encuesta de Satisfacción al Usuario)				X		5%	La encuesta de satisfacción de los usuarios se encuentra en proceso de seguimiento y medición, es aconsejable que se verifiquen los parámetros de medición.	
8.4	Procedimiento para el análisis de datos y la mejora continua		X				0%	No existe un procedimiento para el análisis de datos y la mejora continua.	

MANUAL DE CALIDAD

GC – M - 01

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN		CONTROL DE MODIFICACIONES
	MES	AÑO	
0.0	JUNIO	2009	- Versión Inicial del Documento, según requerimientos de la norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2004.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0
		Página: 2 de 33

DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

PÁG.

1. GENERALIDADES	4
1.1. OBJETIVO	4
1.2. ALCANCE	4
1.3. DEFICINIONES.....	4
2. DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD	5
2.1. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	5
2.2. CONTROL Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD	5
3. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.....	6
3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL.....	6
3.2. RESEÑA HISTÓRICA.....	6
3.3. MISIÓN.....	7
3.4. VISIÓN.....	7
3.5. OBJETIVOS GENERALES.....	7
3.6. PRINCIPIOS.....	8
3.7. VALORES.....	8
3.8. SERVICIOS QUE PRESTA LA E.S.E HUS.....	9
3.9. ESTRUCTURA ORGANIAZACIONAL.....	10
3.9.1. Organigrama general.....	10
3.9.2. Área de apoyo administrativo.....	11
3.9.3. Área de atención al usuario.....	12

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0 Página: 3 de 33

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	13
4.1. POLÍTICA DE CALIDAD.....	13
4.2. OBJETIVOS DE CALIDAD.....	13
4.3. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	14
4.4. ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD.....	14
4.5. INTERACCIÓN DE PROCESOS.....	15
4.5.1. Descripción del mapa de procesos.....	16
4.5.2. Mapa de procesos de la E.S.E HUS.....	17
4.6. CARACTERIZACIÓN.....	17
4.6.1. Listado de caracterizaciones.....	18
4.7. JERARQUÍA DE LA DOCUMENTACIÓN.....	19
4.8. DESCRIPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS OBLIGATORIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	20
5. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	22
6. ANEXOS.....	35
ANEXO E: Fichas de caracterizaciones de los procesos	
ANEXO G: Listado maestro de documentos	
ANEXO M: Resolución del comité de calidad	
ANEXO N: Lista de Indicadores de gestión	
ANEXO N: Manual de indicadores de gestión	

1. GENERALIDADES

1.1. OBJETIVO

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0
		Página: 4 de 33

El objetivo del presente Manual es describir de manera general el sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander, mediante la adopción de procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación, identificados y definidos por las diferentes dependencias de la E.S.E HUS.

Éste manual describe las disposiciones adoptadas por el Hospital para cumplir con la política, Objetivos, requisitos legales, contractuales y normativos relacionados con la calidad, así como los requisitos exigidos por la Norma Técnica NTC GP 1000-2004.


En el presente manual se define el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, la justificación de las exclusiones a la norma y hace referencia a los procedimientos documentados y presenta los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y su interacción.

1.2. ALCANCE

El presente documento rige a partir de la fecha de su aprobación, y abarca todos los procesos pertenecientes al sistema de gestión de la calidad, según los requisitos de la norma técnica Colombiana NTC GP 1000-2004.

1.3. DEFINICIONES

- **MANUAL DE CALIDAD:** Documento que resume la planificación del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Universitario de Santander.
- **CARACTERIZACIÓN:** Es la descripción de un proceso
- **PROCEDIMIENTO:** Documento que describe la secuencia de actividades para lograr un objetivo.
- **DOCUMENTO:** Información recopilada en cualquier medio.
- **REGISTRO:** Clases de documento que da evidencias de un suceso.
- **REQUISITO:** Características inherentes a un producto o servicio.
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **E.S.E HUS:** Hospital Universitario de Santander

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0
		Página: 5 de 33

2. DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

2.2. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El alcance del sistema de gestión de la calidad abarca todos los servicios de salud asistenciales y administrativos en el ámbito de la consulta externa especializada, Hospitalización, servicios de apoyo diagnóstico, oncología, servicios de alto costo, servicios ambulatorios y apoyo terapéutico, servicios de enfermería, servicios para la mujer y la infancia, servicios quirúrgicos y servicios médicos en general.

Se excluye el requisito 7.3 de la norma técnica Colombiana NTC GP 1000-2004 'Diseño y Desarrollo', justificado en que en los servicios de salud que brinda la E.S.E. HUS no se hacen especificaciones individuales por paciente. Así mismo la prestación de los servicios se basa en guías de atención clínicas basadas en la evidencia y protocolos técnicos que respaldan la práctica de los profesionales.


2.3. CONTROL Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DE CALIDAD

La revisión y actualización del presente manual de calidad es responsabilidad del Representante de la Alta Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Universitario de Santander, lo cual se realiza una vez al año y/o cuando la Gerencia lo determine. El Gerente y Representante de la Alta Dirección del SGC en representación del comité de calidad facilitan al personal de la entidad, el Manual de Calidad para su consulta.

3. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

3.2. DESCRIPCIÓN GENERAL

El Hospital Universitario de Santander se dedica a la Prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0 Página: 6 de 33

3.3. RESEÑA HISTÓRICA

El Hospital Ramón González Valencia fue liquidado el pasado 4 de febrero de 2005, para dar paso al Hospital Universitario de Santander, una nueva institución que comenzó a operar saneada, con menos funcionarios y con más eficiencia en la atención a la comunidad no sólo de Santander, sino de departamentos vecinos. Es así como para el período de transición de la antigua institución a la nueva, se elaboró un plan de contingencia que asegurará la atención normal a todas las personas. Gracias al mismo no hubo ningún problema durante esos días.

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander (ESE HUS) fue creada mediante el Decreto 0025 de Febrero 4 de 2005, como una entidad social del estado prestadora de servicios de salud descentralizada del orden Departamental con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria de Salud de Santander. El nacimiento de esta nueva institución significa para el Gobierno Departamental y para quienes laboran allí, la oportunidad para rescatar la Red pública Hospitalaria y brindar una atención integral a los usuarios. El Hospital Universitario de Santander sirve como modelo de Hospital Público del país; esto significa que la labor que se adelanta en el, es tomada como referencia por otros Hospitales, para su funcionamiento y atención

3.4. MISIÓN

La Empresa Social del Estado, Hospital Universitario de Santander, es una Institución Pública de orden departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad; centro de referencia de la red de servicios, de investigación científica y formación de talento humano en salud.

Sus propósitos están orientados a contribuir el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0
		Página: 7 de 33

3.5. VISIÓN

La Empresa Social del Estado, Hospital Universitario de Santander, será una organización consolidada y Líder del Sector Salud en el Nororiente Colombiano y el modelo de Hospital Público Universitario para el País, mediante la integración de procesos asistenciales y académicos, la administración eficiente con rentabilidad social y viabilidad financiera

3.6. OBJETIVOS GENERALES

- ❖ **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** Ofrecer servicios de salud y educación de alto nivel científico con calidad humana, tecnológica y compromiso social, para el área del Nororiente Colombiano.
- ❖ **CALIDAD DEL SERVICIO:** Garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza en los usuarios, con base en eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad.
- ❖ **COMPETITIVIDAD:** Disponer de Recurso Humano idóneo y de alto perfil científico que, apoyado en equipo tecnológico moderno, permita a la Institución liderar el sector.
- ❖ **TRANSPARENCIA:** La labor de las personas de la empresa se caracterizará por la congruencia en el pensar, actuar y decir, en el ejercicio y desarrollo de su profesión.
- ❖ **FINANCIERO:** Consolidar una empresa de crecimiento continuo, económicamente sólida, que garantice la satisfacción de sus clientes internos y externos.

3.7. PRINCIPIOS

- Oportunidad
- Responsabilidad Social

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0 Página: 8 de 33

- Transparencia
- Eficiencia
- Respeto
- Investigación

3.8. VALORES

Cómo virtudes del ser Humano:

- Solidaridad
- Ética
- Profesionalidad
- Compromiso
- Conocimiento

3.9 SERVICIOS QUE PRESTA LA E.S.E HUS.

➤ **Servicios de Alto Costo:**

- ✓ Cirugía Plástica y Quemados
- ✓ Oncología
- ✓ UCI Adultos
- ✓ UCI Pediátricos
- ✓ Unidad Renal
- ✓ Programa de VIH / SIDA

➤ **Servicios de Enfermería:**

- ✓ Cuidados Quirúrgicos
- ✓ Cuidados Oncológicos y Paliativos
- ✓ Cuidado de la Mujer
- ✓ Cuidado del Menor

➤ **Servicios Ambulatorios y de Apoyo**

Terapéutico:

- ✓ Consulta Externa
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Nutrición Clínica
- ✓ Lactario

➤ **Servicios de Quirúrgicos:**

- ✓ Especialidades

➤ **Servicios de Apoyo Diagnóstico:**

- ✓ Imágenes Diagnósticos

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0
		Página: 9 de 33

- ✓ Cuidados Clínicos
- ✓ El HUS en su hogar
(Cuidado de Enfermería 24 y 12 horas del día)

➤ **Servicios de la Mujer y la Infancia:**

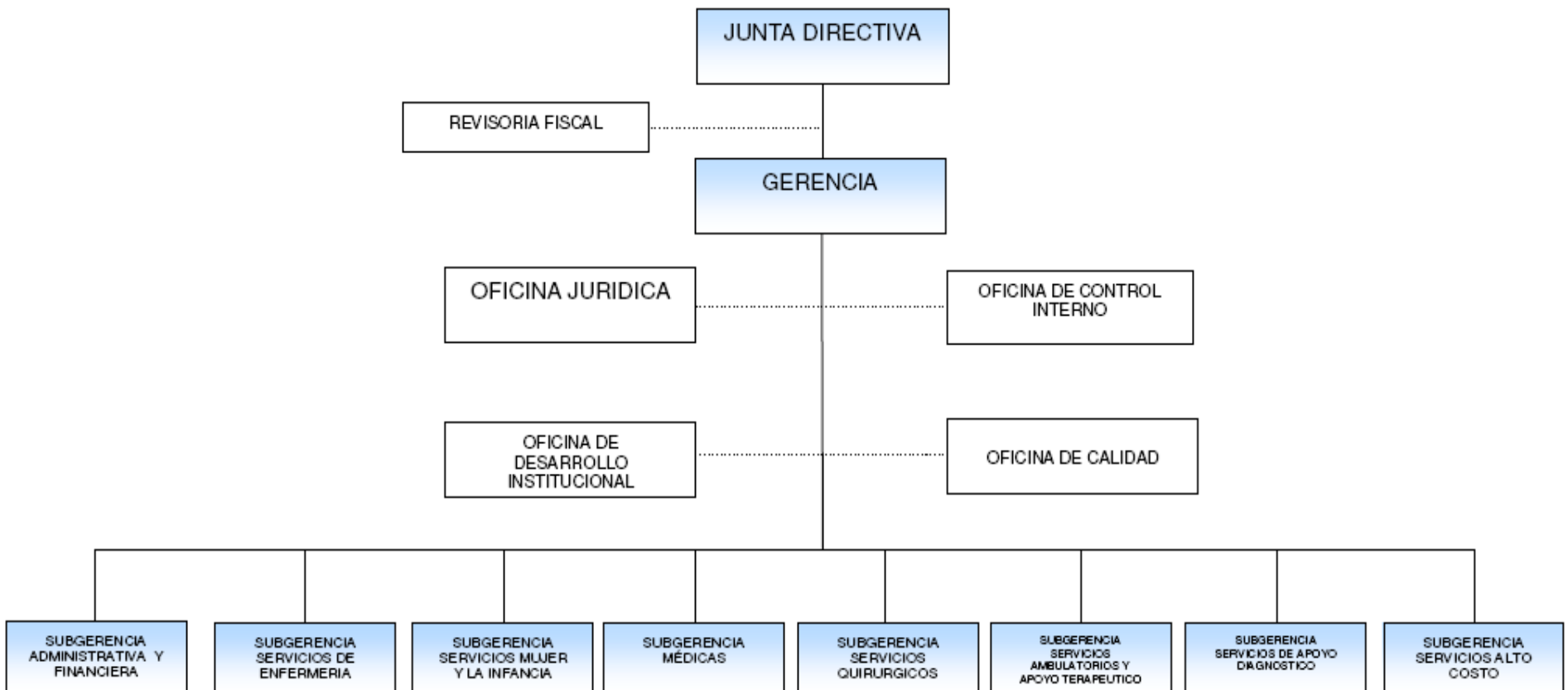
- ✓ Ginocobstetricia
- ✓ Pediatría
- ✓ Urgencias Pediátricas

- ✓ Laboratorio Clínico
- ✓ Banco de Sangre
- ✓ Patología
- ✓ Medicina Nuclear

➤ **Servicios Médicos:**

- ✓ Medicina Interna
- Urgencias

4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
4.5.1 ORGANIGRAMA GENERAL

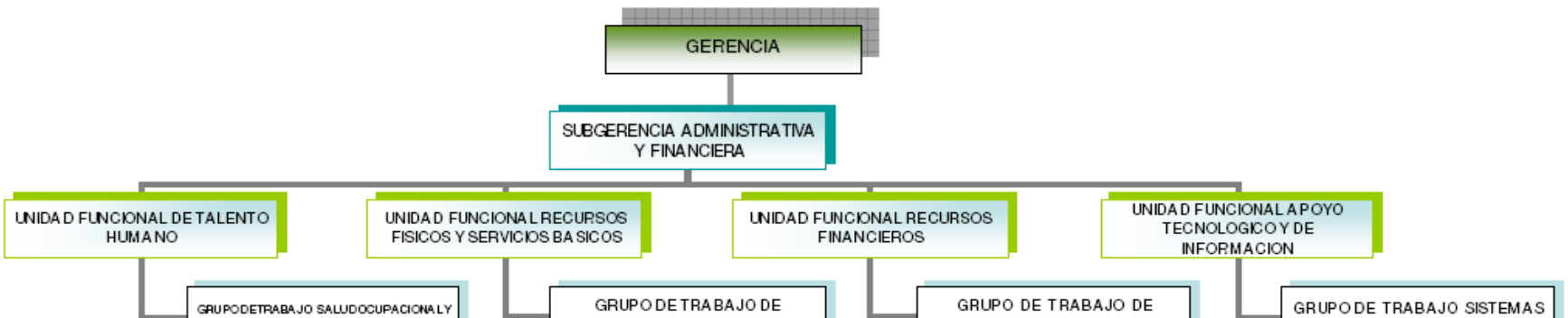


4.5.2 ÁREA DE APOYO ADMINISTRATIVO



 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Código: GC - M - 01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 0.0 Página: 11 de 33

4.5.3 ÁREA FUNCIONAL DE ATENCIÓN AL USUARIO



4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1 POLÍTICA DE CALIDAD.

La E.S.E Hospital Universitario de Santander es una institución de mediana y alta complejidad, comprometida con la academia y centrada en las personas, que brinda servicios de excelencia de calidad a través de la gestión de un equipo humano altamente competitivo y orientado al logro de una atención humanizada.

Su propósito es satisfacción del usuario y la prestación de los servicios de salud pertinentes y seguros, enmarcados en el cumplimiento de los requisitos legales, apoyados en una política de mejoramiento continuo a fin de obtener posicionamiento en el mercado.

4.2 OBJETIVO DE CALIDAD.

- **Compromiso con la Academia:** Incrementar el aporte de la academia con la misión de la E.S.E HUS.
- **Equipo Humano Altamente Calificado:** Propender por el conocimiento y especialización del personal médico y administrativo de la E.S.E HUS
- **Atención Humanizada:** Aumentar el compromiso del personal administrativos y asistencial de la E.S.E HUS, para con el trato a pacientes y su familia
- **Pertinentes y Seguros:** Realizar el seguimiento de eventos adversos trazadores en salud, propendiendo por la vigilancia y control del riesgo en el paciente.
- **Centrada en el Cliente:** Aumentar la satisfacción del paciente y su familia en los servicios de la E.S.E HUS asistenciales y administrativos.

4.3 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La alta dirección del Hospital Universitario de Santander, expresa de manera pública su compromiso con el Sistema de Gestión De la Calidad como una herramienta de Mejora continua en la prestación de sus servicios.

En constancia, se adopta e implementa todos los documentos relacionados con el sistema de gestión de la calidad, cómo Mapa de Procesos, Objetivos y Política de Calidad, Manual de Calidad, Organigrama de la Entidad, Caracterizaciones de los procesos, Ficha de Indicadores, Manual de Perfiles de Cargos, Procedimientos, Instructivos, Registros, Guías, Manuales, entre otros.

En constancia se manifiesta la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad, supervisado por el comité de calidad de la Entidad.

4.4 ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD

El Comité de Calidad del Hospital Universitario de Santander, tendrá como responsabilidad direccionar, liderar y coordinar el diseño, planeación, implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander. (Ver anexo M), Resolución No 000225 de 2009, Creación del Comité de Calidad.

- **Conformación del Comité de Calidad.** El Comité de Calidad de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, queda conformado por áreas de gestión de la siguiente manera:

1. Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
2. Representante de la Dirección.
3. Subgerente Administrativo y Financiero.
4. Representante de la Subgerencia área Asistencial

5. Jefe Oficina Asesora de Calidad, quien será el Secretario Técnico
6. Jefe de Oficina de Desarrollo Institucional.
7. Jefe Oficina de Control Interno con voz pero sin voto.

– **Funciones:** Son funciones del Comité de Calidad. En cuanto a la Implementación de Calidad.

- a) Formular la política, objetivos, estrategias y el Plan de Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud mediante la gestión efectiva de los procesos de la ESE frente a los estándares de calidad requeridos.
- b) Definir y gestionar los recursos necesarios para la implementación y puesta en marcha del Plan de Mejoramiento de la Calidad formulado.
- c) Definir estrategias y mecanismos que propicien en los funcionarios, la interiorización de la cultura de calidad y la gestión basada en procesos, con orientación al logro
- d) Verificar, coordinar, controlar y dirigir todo el proceso de implementación, mantenimiento, seguimiento y mejora de la Gestión institucional frente a los estándares de calidad establecidos, incluyendo la designación de los dueños de procesos y la conformación de sus equipos de trabajo.
- e) Realizar la revisión de la calidad de la gestión anual de la ESE Hospital Universitario de Santander, analizar su desempeño y tomar acciones para su mejoramiento.
- f) Aprobar la documentación que surja en el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y velar porque se divulgue y aplique correctamente.
- g) Informar a la alta dirección sobre el desempeño de la gestión frente a los estándares de calidad establecidos en la institución y de cualquier necesidad de mejora.

4.5 INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS

Para dar cumplimiento a los requisitos generales del sistema de Calidad, el Hospital Universitario de Santander, ha establecido el Mapa de Procesos, las caracterizaciones de los procesos identificados (Ver Anexo E) y los procedimientos documentados 'Listado Maestro de

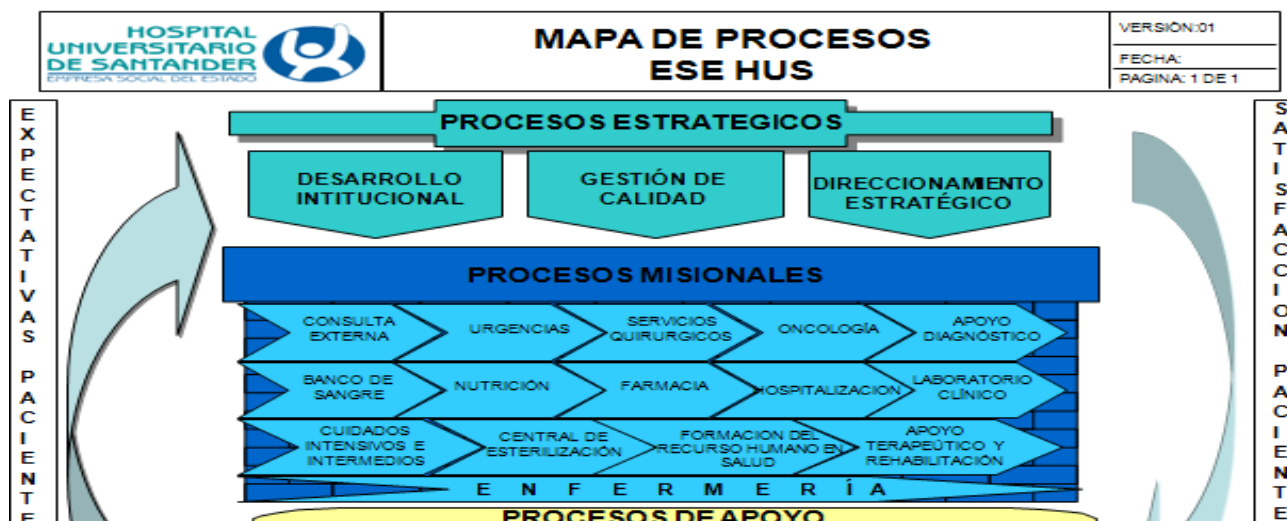
Documentos', (Ver Anexo G), dónde se definen los controles necesarios para el desarrollo de las actividades incluidas dentro del Alcance del Sistema de Gestión De la Calidad.

4.5.1 DESCRIPCIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

Se hace necesario desarrollar un modelo de operaciones que permita ser utilizado como una herramienta de apoyo al desempeño exitoso del servidor público de la E.S.E HU; permitiendo interpretar los parámetros que garanticen su ejecución y la mejor forma de la operación de la institución, lo cual debe contemplar la definición de cada proceso y sus procedimientos.

- Estratégicos: Consisten en formular y revisar el direccionamiento estratégico de la entidad en el marco de los objetivos de política definidos en el Plan Nacional de Desarrollo.
- Misionales: Consisten en cumplir con las funciones que establecen la Constitución y la Ley, de acuerdo con su nivel y naturaleza jurídica.
- Apoyo: Permiten gestionar los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos indispensables para el cumplimiento de la misión institucional.
- Evaluación: Consiste en realizar seguimiento de manera objetiva para medir el desempeño y la mejora de la gestión institucional.

4.5.2 MAPA DE PROCESOS DE LA E.S.E HUS



4.6 CARACTERIZACIÓN

Para cada proceso se creó una caracterización, la cual detalla el objetivo, el responsable, las entradas y salidas, proveedores, clientes, recursos, mecanismos de medición y seguimiento, requisitos legales, requisitos de la norma NTC GP 1000-2004 y los documentos aplicables. Estas caracterizaciones hacen parte de los documentos establecidos en el Sistema de Gestión de calidad.

Relación de caracterizaciones documentadas:

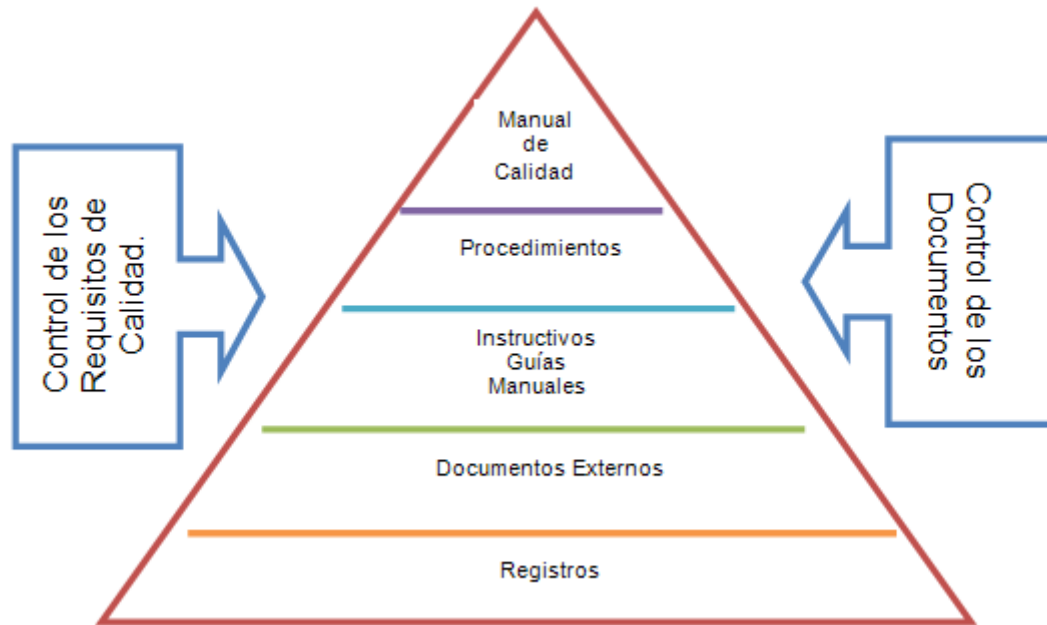
LISTADO DE CARACTERIZACIÓN	
<u>PROCESOS ESTRATÉGICOS</u>	
CAL - C - 0.1	Caracterización proceso Gestión Calidad
ODI - C - 0.0	Caracterización proceso Desarrollo Institucional
DIR - C - 0.0	Caracterización proceso Direccionamiento Estratégico
<u>PROCESOS MISIONALES</u>	
CEX - C - 0.1	Caracterización proceso Consulta Externa
URG - C - 0.1	Caracterización proceso Urgencias
QX - C - 0.1	Caracterización proceso Servicios Quirúrgicos

ONC - C - 0.1	Caracterización proceso Oncología
ADX - C - 0.1	Caracterización proceso Apoyo Diagnóstico
BMS - C - 0.1	Caracterización proceso Banco Metropolitano de Sangre
NUT - C - 0.1	Caracterización proceso Nutrición
FC - C - 0.1	Caracterización proceso Farmacia
HOS - C - 0.1	Caracterización proceso Hospitalización
LC - C - 0.1	Caracterización proceso Laboratorio Clínico
UCI - C - 0.1	Caracterización proceso Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios
ES - C - 0.1	Caracterización proceso Central Esterilización
FRHS - C - 0.1	Caracterización proceso Formación en Recurso Humano en Salud
ATR - C - 0.1	Caracterización proceso Apoyo Terapéutico y de Rehabilitación
ENF - C - 0.1	Caracterización proceso Enfermería
<u>PROCESOS DE APOYO</u>	
GTH - C - 0.1	Caracterización proceso Unidad Funcional de Talento Humano
GAU - C - 0.1	Caracterización proceso Atención al Usuario
RFSB - C - 0.1	Caracterización proceso Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos
GDC - C - 0.1	Caracterización proceso Gestión Documental
GF - C - 0.1	Caracterización proceso Financiera
OJ - C - 0.1	Caracterización proceso Jurídica
CTR - C - 0.1	Caracterización proceso Contratación
MTO - C - 0.1	Caracterización proceso Mantenimiento
ATC - C - 0.1	Caracterización proceso Apoyo Tecnológico y de Información
<u>PROCESOS DE EVALUACIÓN</u>	
ADM - C - 0.1	Caracterización proceso Auditorías Médicas
CI - C - 0.1	Caracterización proceso Control Interno

4.7 JERARQUÍA DE LA DOCUMENTACIÓN

La creación de la documentación del sistema de gestión de la calidad del Hospital Universitario de Santander, se sustentará mediante cinco niveles secuenciales, empezando con la documentación del Manual de Calidad, hasta la documentación de los registros aplicables al sistema. Los Documentos serán establecidos según los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004 y éstos serán controlados en su totalidad.

El Hospital Universitario de Santander mantiene la siguiente jerarquización de los documentos del sistema de gestión de la calidad.



Fuente: Modificado a partir de guía de diseño para la implementación del sistema gestión de la calidad.

4.8 DESCRIPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS OBLIGATORIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Según estos requisitos de la norma técnica Colombiana NTC GP 1000-2004 y de acuerdo al sistema de gestión de calidad de la entidad, se establecieron los siguientes procedimientos como obligatorios, los cuales, serán controlados por la Oficina de Calidad.

No de Requisito.	Nombre del Procedimiento	Finalidad
------------------	--------------------------	-----------

4.2.3 y 4.2.4	Procedimiento para el Control de Documentos y Registros.	Establecer los lineamientos fundamentales para la elaboración, revisión, aprobación, modificación, eliminación y actualización de los documentos y registros del Sistema de Gestión de la Calidad, y dar las directrices para el control de los documentos externos y los registros establecidos dentro de la E.S.E HUS.
8.2.2	Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	Evaluar el nivel de cumplimiento de los procesos documentados en la E.S.E HUS en el sistema de gestión de la Calidad.
8.3	Procedimiento Producto No Conforme	Asegurar que los productos y/o servicios no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.
8.5.2 y 8.5.3	Procedimiento para la Mejora Continua	Definir las medidas a seguir para eliminar las no conformidades que se presenten en la ESE HUS, investigando sus posibles causas y ejecutando su correspondiente acción correctiva/preventiva, para evitar su ocurrencia y/o incidencia en los diferentes procesos y así contribuir con el mejoramiento continuo en la ESE HUS.
8.2.3	Procedimiento de Seguimiento y Medición.	Establecer los lineamientos para realizar las actividades de seguimiento, medición, análisis de datos y mejora continua con el fin de asegurar que se cumplan los requisitos especificados en el producto y/o servicio, la conformidad del sistema de calidad, así como su eficacia en la ESE HUS

4.1 (g)	Procedimiento Para la Gestión de Riesgos.	Determinar los diferentes riesgos externos o internos que impiden el logro de los objetivos interinstitucionales o los eventos positivos de los Procesos de la ESE HUS, mediante la identificación y evaluación de los agentes generadores, causas y efectos de su respectiva ocurrencia.
Decreto 1011 del 2006	Procedimiento de Habilitación y Acreditación	Establecer las condiciones que debe cumplir la E.S.E HUS, para habilitar sus servicios y a la vez garantizar la aplicación uniforme y la confiabilidad de la verificación de las condiciones de habilitación en todo el país.

5. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
4.	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD			
4.1	Gestión de Calidad	Se establece, documenta, implementa y mantiene un sistema de gestión de la calidad, mejorando continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad, cumpliendo lo especificado por la NTC GP 1000-2004. Para este requisito se estableció el Mapa de Procesos de la E.S.E HUS, las caracterizaciones de los procesos y los procedimientos documentados.	Jefe Oficina De Calidad	Mapa de Procesos Fichas de Indicadores Manual de Calidad
4.2	GESTIÓN DOCUMENTAL:			
4.2.1	Gestión de Calidad	Se Documentan la Política, los Objetivos y el Manual de Calidad, los Procedimientos exigidos por la norma NTC GP 1000-2004, los documentos propios del Hospital Universitario de	Jefe Oficina De Calidad	Política de Calidad Objetivos de Calidad

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		Santander y los Registros requeridos por la Norma y la entidad.		Manual de Calidad
4.2.2	Gestión de Calidad	El Hospital Universitario de Santander, establece y mantiene un Manual de Calidad que describe el alcance del Sistema, las exclusiones, los procedimientos documentados y la descripción e interacción de los procesos.	Jefe Oficina De Calidad	Manual de Calidad
4.2.3	Gestión de Calidad	Se define un procedimiento Documentado para establecer los controles aplicados a los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad.	Jefe Oficina De Calidad	Procedimiento para el Control de Documentos y Registro.
4.2.4	Gestión de Calidad	Se establecen, documentan y mantienen los requisitos mediante los cuales se asegura que los Registros permanezcan legibles, fácilmente identificables y recuperables. El mismo procedimiento define los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y la disposición de los Registros.	Jefe Oficina De Calidad	Procedimiento para el Control de Documentos y Registro.
5.	RESPONSABILIDAD POR LA DIRECCION			
5.1	Direccionamiento Estratégico	Se evidencia el compromiso de la Gerencia con el desarrollo e implementación del SGC, mediante la comunicación a sus servidores públicos de la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los clientes como los legales aplicables a la entidad, la definición de la Política de Calidad, la Revisión de los Objetivos de Calidad y la Revisión del Sistema de Calidad, así como la Disponibilidad de recursos económicos y humanos para implementar y mejorar continuamente la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema.	Gerente	Manual de Calidad Procedimiento de Revisión por la Dirección.
5.2	Direccionamiento Estratégico	Se establece un compromiso dirigido al cliente en donde se destaca la atención oportuna de sus necesidades o requisitos, la comunicación de los mismos	Gerente Profesional Universitario	Manual de Calidad Proceso de

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		a los diferentes procesos, el tratamiento especial a las necesidades y expectativas actuales y futuras, seguimiento a las quejas y/o reclamos y las evaluaciones necesarias de la satisfacción del cliente.	Oficina de Atención al Usuario	Atención al Usuario ↓ Procedimiento de recepción de Quejas
5.3	Direccionamiento Estratégico	<p>Se establece la política de calidad, la cuál es adecuada a la misión de la entidad y es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales, el sistema de control interno del Hospital y los planes estratégicos establecidos para la entidad y el departamento. De igual manera, incluye un compromiso con sus clientes de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del S.G.C contribuyendo al logro de los fines esenciales del departamento y de la constitución.</p> <p>La Política de Calidad del Hospital Universitario de Santander se comunica a todo el personal de la empresa mediante socializaciones del S.G.C y durante los procesos de Inducción y Re-Inducción. Para evaluar la pertinencia y el entendimiento de la Política de Calidad, la gerencia revisa el cumplimiento de los objetivos de la calidad y la eficacia, eficiencia y efectividad de sistema durante la revisión del S.G.C.</p>	Gerente	Manual de Calidad Procedimiento de Revisión por la Dirección.
5.4	PLANIFICACIÓN:			
5.4.1	Direccionamiento Estratégico	<p>Se establecen, comunican y mantienen actualizados los Objetivos de Calidad, los cuales son mensurables y coherentes con la Política de Calidad establecida.</p> <p>Con los Objetivos de Calidad, se busca el cumplimiento de la Política de la Calidad considerando el marco legal que le aplica, los recursos financieros, humanos y operacionales con los que cuenta para la mejora de la eficiencia, eficacia y</p>	Gerente	Manual de Calidad ↓ Despliegue de los Objetivos de Calidad

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		efectividad del SGC.		
5.4.2	Direccionamiento Estratégico	Se planifica el sistema de Calidad cumpliendo los requisitos de la norma GP 1000-2004 así como los Objetivos de Calidad y se mantiene la integridad del mismo a través de la planificación de cambios y la revisión periódica del Sistema.	Gerente	Manual de Calidad Procedimiento de Revisión por la Dirección.
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN:			
5.5.1	Direccionamiento Estratégico	Se establecen y se comunican las responsabilidades de todo el personal en los documentos del SGC, el Manual de Funciones y perfiles de cargos del Hospital Universitario de Santander. De igual manera, se establece la autoridad existente dentro de la entidad en el organigrama general del Hospital.	Gerente	Manual de Funciones de la E.S.E HUS. Perfiles de Cargos Organigrama de la E.S.E HUS.
5.5.2	Direccionamiento Estratégico	Se establece que la alta dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, estará representada por la Jefe de la Oficina de Calidad de la entidad, quien tiene la autoridad y responsabilidad de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para la implementación del SGC, asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de la satisfacción de los requisitos de los clientes gestionar, hacer seguimiento y evaluar el desempeño del SGC, informando a la alta dirección del mismo.	Gerente	Manual de Calidad Acta de Comité de Calidad
5.5.3	Direccionamiento Estratégico	El Hospital Universitario de Santander cuenta con una Matriz de Comunicación Interna para facilitar los procesos de comunicación, de igual manera cuenta con la oficina de Desarrollo Institucional y de un alta voz interno en el que continuamente se presentan informaciones al personal. De igual manera, la implementación de la documentación contribuye con la eficacia de la comunicación al interior de la	Gerente	Manual de Calidad Matriz de Comunicación Interna

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		Entidad.		
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN			
5.6.1	Direccionamiento Estratégico	La revisión del Sistema de Gestión de calidad por parte del Responsable de la Dirección (Jefe de la Oficina de Calidad), se realiza cada 6 meses; en el que se evalúa las oportunidades de mejora y las necesidades de efectuar cambios en el sistema, de igual manera, se determina la eficacia y desempeño del mismo con relación a la política y los objetivos de calidad proporcionando mejoras para los procesos de la entidad.	Gerente Jefe de la Oficina de Calidad	Procedimiento de Revisión por la Dirección. Informe de Revisión por la Dirección.
5.6.2	Gestión de Calidad	Para el Informe de Revisión por la Dirección se recopila todos los informes de auditorías internas realizadas en el semestre, el Informe de Indicadores de Gestión de los procesos de la entidad, el estado de las acciones correctivas y preventivas propuestas, las acciones de seguimiento, las recomendaciones para la mejora continua del sistema y los riesgos identificados para la entidad.	Jefe de la Oficina de Calidad	Procedimiento de Revisión por la Dirección. Informe de Revisión por la Dirección.
5.6.3	Direccionamiento Estratégico Gestión de Calidad	El resultado de la revisión del sistema de gestión de la calidad de la E.S.E HUS, determina las acciones de la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema, la mejora del servicio de acuerdo a los requisitos de los usuarios y las necesidades de los recursos para mantener el sistema de gestión de la calidad.		Informe de Revisión por la Dirección.
6.	GESTION DE LOS RECURSOS			
6.1	Gestión Financiera	Se mantiene un control periódico que permita analizar el estado de asignación de recursos y establecer los recursos disponibles para mejorar el SGC y la satisfacción del cliente.	Sub-Gerente Administrativo y Financiero	Proceso Gestión Financiera ↓ Procedimiento para la elaboración de

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
				presupuesto
6.2	Unidad Funcional de Talento Humano	Se establece la competencia y formación del personal en los perfiles de cargo y se define la metodología de selección, formación, habilidades, toma de conciencia, experiencia y evaluación de la eficacia de las acciones tomadas.	Profesional Oficina de Talento Humano	Proceso Unidad Funcional de Talento Humano Manual de Funciones de la E.S.E HUS Perfiles de Cargos de la E.S.E HUS
6.3	Mantenimiento o Apoyo Tecnológico y de Información.	<p>El Hospital Universitario de Santander, cuenta con un departamento de mantenimiento, el cual mantiene la infraestructura administrativa y operativa necesaria para el funcionamiento de los procesos del SGC.</p> <p>Existe un procedimiento documentado sobre el mantenimiento de la infraestructura de la entidad, su adecuación y control.</p> <p>De igual manera, la entidad por medio de un procedimiento de mantenimiento preventivo, asegura la permanente revisión y adecuado funcionamiento manejo y conservación de los equipos de Cómputo, Biomédicos, Industriales, así como la infraestructura física del Hospital, realizando seguimiento permanente al mantenimiento y calibración de los mismos.</p> <p>Se establece el procedimiento de metrología, para asegurar la eficiencia y cumplimiento de los parámetros</p>	<p>Profesional Universitario de la Oficina de Mantenimiento</p> <p>o</p> <p>Profesional Universitario de la Oficina de Apoyo tecnológico y de Información.</p>	<p>Proceso de Mantenimiento o ↓</p> <p>Procedimiento de Mantenimiento Correctivo</p> <p>Procedimiento de Mantenimiento Preventivo</p> <p>Procedimiento de Metrología</p> <p>Plan Anual de Mantenimiento</p>

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		establecidos para el correcto funcionamiento de los equipos Biomédicos.		o
6.4	Procesos Misionales	Se identifican los factores internos y externos que pueden afectar la conformidad con los requisitos del servicio y se definen controles necesarios. Se asegura el ambiente de trabajo de tal forma que se garantice la motivación, satisfacción y desempeño del personal.	Alta Dirección	Caracterizaciones de los procesos de la Entidad.
7.	REALIZACION DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO			
7.1	Procesos Misionales	El Hospital Universitario de Santander planifica las actividades de sus procesos misionales buscando la coherencia con el direccionamiento estratégico y desarrolla sus procesos con el fin de ofrecer servicios de calidad, buscando la satisfacción del usuario y la mejora continua. La planificación de la prestación de los servicios se realiza a través de los documentos establecidos en los procesos misionales, en el que se revisa la adecuación de los objetivos de calidad, la necesidad de establecer procedimientos documentados y proporcionar los recursos e instalaciones específicas para la prestación del servicio, evidenciando la eficacia de las actividades realizadas verificando continuamente la conformidad de los servicios.	Alta Dirección	Procesos Misionales
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE:			
7.2.1	Atención al Usuario	Se establece un programa de atención al usuario, en el que se identifica, documenta y revisan los requisitos de los usuarios, los requisitos legales y demás requisitos que aplican al Hospital. El principal mecanismo de retroalimentación permanente con el usuario, es el registro de atención a sugerencias, quejas o	Jefe Oficina de Calidad Profesional Oficina de Atención al Usuario	Proceso de Atención al Usuario

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		reclamos, y la encuesta de satisfacción al Usuario aplicada trimestralmente en la entidad.		
7.2.2	Desarrollo Institucional Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. (Habilitación y Acreditación de Servicios)	El Hospital Universitario de Santander mantiene documentado un portafolio de servicio, en el que se encuentran todos los servicios prestados por la entidad. Éstos cumplen con todas las disposiciones legales vigentes para su prestación. De igual manera, mantiene una página Web, en la que se publican los servicios que presta la entidad.	Jefe Oficina de Desarrollo Institucional Jefe Oficina de Calidad	Portafolio de Servicios de la E.S.E HUS.
7.2.3	Atención al Usuario Desarrollo Institucional	Se mantiene una comunicación con los usuarios mediante la oficina de atención al usuario, en la que se dispone de personal calificado para atender sus necesidades; de igual manera, la entidad cuenta una página web, en la que continuamente se mantiene comunicación con los usuarios, se realizan publicaciones de licitaciones y promueve a los usuarios a su continua vinculación con la entidad.	Jefe Oficina de Desarrollo Institucional Profesional Oficina de Atención al Usuario	Página Web. www.hospitaluniversitario.desantander.gov.co Proceso de Atención al Usuario
7.3	N/A	Ése Numeral de la Norma Técnica NTC GP 1000-2004, se excluye. (Ver Alcance y exclusiones del sistema de gestión de la calidad 2.2.1 del presente manual de calidad)	N/A	N/A

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
7.4.	<p>Gestión de Compras</p> <p>Oficina Jurídica (Contratación)</p>	<p>El Hospital Universitario de Santander mantiene un departamento de compras y contratación, dónde se aseguran que los productos y/o servicios adquiridos cumple con los requisitos especificados en los pliegos de condiciones o términos de referencias establecidos por las diferentes áreas en la que prima la calidad de los productos o servicios en su escogencia.</p> <p>En los Pliegos de condiciones o términos de referencia se definen los criterios de calidad de los bienes y servicios adquiridos, para ellos se establece un procedimiento de adquisición de bienes y servicios.</p> <p>El Hospital establece un procedimiento documentado para la selección, evaluación y re-evaluación de proveedores y contratistas, garantizando que éstos cumplan con todas las especificaciones establecidas.</p> <p>El Hospital Universitario de Santander mantiene interventores para evaluar y verificar el cumplimiento del contrato y mantiene órdenes de compra para la verificación de los productos.</p>	<p>Jurídico</p> <p>Jefe Oficina de Contratación</p> <p>Jefe Oficina de Compras</p>	<p>Proceso de Gestión de Compras</p> <p>Proceso de Contratación</p> <p>Procedimiento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selección de Proveedores y/o contratistas - Evaluación y Re-evaluación de Proveedores y/o contratistas <p>Procedimiento de adquisición de bienes y servicios.</p>
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO:			

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
7.5.1	Procesos Misionales	<p>El Hospital Universitario de Santander mantiene procedimientos documentados para todos los procesos misionales, en los que se planifica y controla la prestación del servicio teniendo en cuenta las características propias de cada uno de los servicios, las especificaciones de los equipos apropiados, la disponibilidad de los equipos de medición y seguimiento garantizando la calidad en el servicio y la identificación de los riesgos de que se pueden presentar durante la prestación del servicio.</p> <p>Los procesos cuentan con instructivos, procedimientos, protocolos, guías y/o manuales en los que se especifica las actividades para llevar a cabo los diferentes servicios, estandarizando la prestación de los diferentes servicios.</p>	Sub-Gerencias de las Diferentes áreas.	<p>Procesos Misionales</p> <p>↓</p> <p>Procedimientos Documentados Procesos Misionales</p>
7.5.2	Procesos Misionales	<p>El Hospital Universitario de Santander cuenta con un amplio portafolio de servicios acreditados por el Ministerio de Protección Social, garantizando la integridad y satisfacción del paciente.</p> <p>De igual manera la entidad, define los documentos para la planificación de los diferentes servicios, definiendo los perfiles de los cargos de los servidores públicos, se establece el proceso de selección y contratación para asegurar la competencia de los servidores públicos, se mantienen inducciones y re-inducciones a los diferentes cargos, se supervisa continuamente la prestación de los diferentes servicios por medio de los diferentes interventores de contratos.</p>	Sub-Gerencias de las Diferentes áreas.	<p>Procesos Misionales</p> <p>↓</p> <p>Procedimientos Documentados Procesos Misionales</p>

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
7.5.3	Procesos Misionales	El Hospital Universitario de Santander realiza trazabilidad en la prestación de los diferentes servicios manteniendo todos los registros pertinentes a cada servicio en carpetas identificadas para cada uno de los pacientes. (Historias Clínicas)	Sub-Gerencias de las Diferentes áreas.	Procesos Misionales ↓ Procedimientos Documentados Procesos Misionales
7.5.4	Procesos Misionales Gestión de Calidad	El Hospital Universitario de Santander garantiza la integridad de sus pacientes y/o clientes, protegiendo y salvaguardando los bienes que son propiedad de los mismos, controlando e identificando la propiedad de los usuarios documentándolo en las Historias Clínicas de cada paciente o carpetas de clientes del hospital. El Hospital cumple con los derechos de los usuarios, garantizando que no se atente contra su integridad.	Sub-Gerencias de las Diferentes áreas. Profesional Universitario Oficina de Atención al Usuario Oficina de Calidad	Procesos Misionales ↓ Procedimientos Documentados Procesos Misionales Historias Clínicas
7.5.5	Procesos Misionales	El Hospital Universitario ha determinado los mecanismos para garantizar que en todas las etapas de la preservación de los diferentes servicios ofrecidos por la entidad cumplan con las condiciones o características de los diferentes procesos, manteniendo controles e identificando los aspectos relevantes durante y después de la prestación del servicio.	Sub-Gerencias de las Diferentes áreas.	Procesos Misionales ↓ Procedimientos Documentados Procesos Misionales
7.6	Proceso de Mantenimiento	Se establece, documenta y mantiene un procedimiento de Metrología, en el cuál, se describen las actividades a desarrollar para la realización de verificaciones y/o calibraciones periódicas a los equipos Biomédicos de la E.S.E HUS.	Jefe Oficina de Mantenimiento	Procedimiento de Metrología
8.	MEDICION, ANALISIS Y MEJORA			

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
8.1	Gestión de Calidad	<p>Se planifica e implementa los procesos de seguimiento, análisis y mejora recomendados por la norma NTC GP 1000-2004, en los que se demuestra la conformidad de los servicios prestados por el Hospital, se asegura la conformidad del sistema de gestión de la calidad y proporciona acciones de mejora continua para la eficacia, eficiencia y efectividad del S.G.C.</p> <p>El Hospital ha implementado un procedimiento de seguimiento y medición a los objetivos de calidad a través de los indicadores de gestión, los cuales son medidos por los procesos de la entidad.</p>	Jefe Oficina de Calidad	<p>Procedimiento de Mejora Continua</p> <p>Procedimiento de seguimiento y medición de Indicadores.</p>
8.2.1	Proceso de Atención al Usuario	<p>Se evalúa la satisfacción de los usuarios a través de la Encuesta de Satisfacción a usuarios, realizada trimestralmente por la oficina de desarrollo institucional de la entidad. El Hospital cuenta con una oficina de atención al usuario, en la que se tramitan y atienden todas las quejas, reclamos y/o sugerencias, a las cuales se les realiza el seguimiento pertinente logrando solucionar las quejas de los usuarios. El objetivo principal de la oficina es velar por la satisfacción de los usuarios de la E.S.E HUS.</p>	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario.	<p>Proceso de Atención al Usuario</p> <p>↓</p> <p>Encuesta de Satisfacción</p>
8.2.2	Gestión de Calidad	<p>El Hospital Universitario de Santander, establece un programa de auditorías internas de calidad, el cual es realizado y comunicado anualmente, programando los diferentes procesos de acuerdo al estado de los mismos y el desarrollo del sistema.</p> <p>De igual manera, la entidad establece un procedimiento documentado para la realización de las auditorías internas de calidad con el fin de realizar revisiones sistemáticas al SGC, con el propósito de</p>	Jefe Oficina de Calidad	Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad.

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		<p>dar un diagnóstico y generar recomendaciones para la mejora del sistema.</p>		
8.2.3	<p>Gestión de Calidad</p>	<p>El Hospital Universitario de Santander, establece un procedimiento documentado para el seguimiento y medición de los diferentes procesos de la entidad, esto, con el fin de mantener el equilibrio organizacional determinando en forma sistemática y sistémica el estado real de los procesos del Hospital generando un plan de mejoramiento continuo.</p> <p>Se establecen indicadores a los diferentes procesos de la entidad, los cuales permiten realizar seguimiento a los servicios prestados y a los objetivos propuestos por la entidad.</p> <p>De igual manera, se controlan los procesos del sistema según la información suministrada en los documentos y se verifica el cumplimiento de los objetivos de los procesos a través de la medición de los mismos.</p>	<p>Jefe Oficina de Calidad</p>	<p>Fichas de Indicadores</p> <p>Procedimiento de seguimiento y Medición</p>
8.2.4	<p>Todos los Procesos de la E.S.E HUS</p> <p>Gestión de Calidad</p>	<p>El Hospital Universitario de Santander, realiza seguimiento continuo en la prestación de los diferentes servicios, supervisando al personal de todas las áreas, verificando los procedimientos realizados, registrados en las Historias Clínicas.</p> <p>Se lleva registro de la satisfacción y cumplimiento de los servicios prestados a los usuarios en las Historias Clínicas de los pacientes, dónde se indica el nombre y firma del personal quien autoriza y verifica la prestación del servicio.</p>	<p>Sub-gerencias de las Diferentes Áreas</p> <p>Médicos Especialistas</p> <p>Jefes de Enfermería</p>	<p>Historias Clínicas de los Pacientes</p> <p>(Área de Estadística).</p>

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
8.3	<p>Todos los Procesos de la E.S.E HUS.</p> <p>Gestión de Calidad</p>	<p>El Hospital Universitario identifica y registra el producto no conforme que se detecta en cualquier etapa de los diferentes servicios con el fin de establecer las causas y plantear las acciones correctivas necesarias para eliminar las no conformidades en las prestaciones de los servicios.</p> <p>Se mantiene un procedimiento documentado con el propósito de establecer los lineamientos y controlar el cumplimiento de los atributos de calidad de los diferentes servicios de la entidad.</p>	<p>Sub-gerencias de las Diferentes Áreas</p> <p>Jefes de las Diferentes áreas</p> <p>Jefe Oficina de Calidad</p>	<p>Procedimiento de Servicio No Conforme</p> <p>Listado de Acciones Correctivas</p> <p>Planes de Acción para la Eliminación de las Acciones Correctivas</p>
8.4	<p>Gestión de Calidad</p>	<p>El Representante de la Dirección determina, recopila y analiza los datos necesarios para evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad del S.G.C, identificando dónde pueden establecerse mejoras a los procesos, mediante los resultados arrojados por la medición de los procesos o cualquier otra fuente pertinente.</p> <p>El análisis de datos se desarrolla en las fichas de los Indicadores establecidos para cada proceso, en la que se define su objetivo, características, técnicas de medición, frecuencia de medición y metas establecidas.</p> <p>Con éste análisis se proporciona información para el informe de la revisión, especificando la conformidad de los usuarios con el servicio prestado, la satisfacción del cliente y el desempeño de los diferentes procesos establecidos en la entidad.</p>	<p>Jefe Oficina de Calidad</p>	<p>Manual de Calidad</p> <p>Ficha de Indicadores de los Procesos</p> <p>Procedimiento de Análisis y Medición.</p>
8.5	MEJORA			

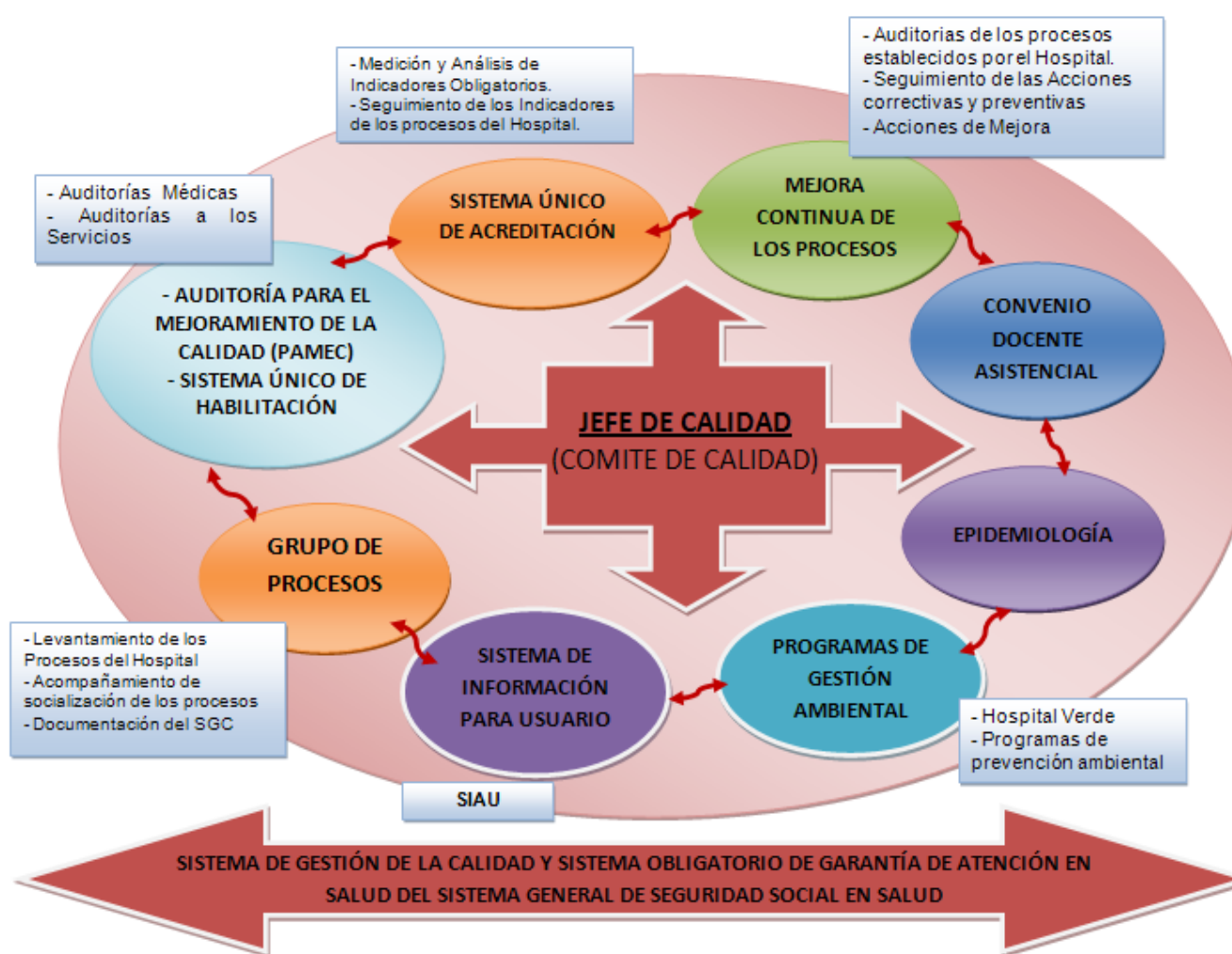
No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
8.5.1	Gestión de Calidad	<p>El Hospital Universitario mejora continuamente el sistema de gestión de la calidad, a través de la definición, implementación y publicación de los objetivos y política de calidad, medición de indicadores de gestión, recolección, tabulación y análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción, así como el tratamiento de las quejas y reclamos de los usuarios, la ejecución e informes de auditorías internas de calidad programadas para el año en curso, cuyos informes son tenidos en cuenta para la revisión del sistema de calidad y el plan de mejora continua del sistema, implementando acciones correctivas y preventivas que contribuyen al buen desempeño de los servicios y por consiguiente la satisfacción de los usuarios del Hospital.</p>	Jefe Oficina de Calidad	<p>Procedimiento de Mejora Continua</p> <p>Registro de plan de acción para la mejora continua.</p> <p>Procedimiento de Revisión por la Dirección</p> <p>Informe de Revisión por la Dirección.</p>
8.5.2 y 8.5.3	Gestión de Calidad	<p>El Hospital establece un procedimiento documentado de mejora continua en el cual, se mantiene el registro, los análisis de causas y plan de acción para las no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas que se detectan dentro de los procesos que afectan el desempeño del sistema.</p> <p>Se realiza la identificación y seguimiento a las acciones de mejora para los procesos, identificando sus puntos críticos, a través del análisis de las no conformidades reales y potenciales. De igual manera, se identifican las oportunidades de mejoramiento detectadas en la revisión del sistema de gestión de la calidad, las auditorías programadas a los diferentes procesos, las acciones correctivas y preventivas y quejas y/o reclamos de los usuarios de la</p>	Jefe Oficina de Calidad	<p>Procedimiento de Mejora Continua</p> <p>Registro de plan de acción para la mejora continua.</p>

No.	PROCESO	APLICACIÓN DEL REQUISITO	RESPONSABLE DEL ITEM	DOCUMENTO EXISTENTE
		entidad		

ANEXO I: TOTAL DE DOCUMENTOS ELABORADOS Y/O ACTUALIZADOS.

	Procesos	Total de Procedimientos Actualizados	Total de Procedimientos Diseñados	Total de Procedimientos	Total de Instructivos Actualizados	Total de Instructivos Diseñados	Total de Instructivos	Total de Manuales Actualizados	Total de Manuales Diseñados	Total de Manuales	Total de Guías Actualizadas	Total de Guías Diseñados	Total de Guías	Total de Registros Actualizados	Total de Registros Diseñados	Total de Registros
ESTRATÉGICOS	Proceso Gestión de la Calidad	4	8	12	0	4	4	2	1	3	1	0	1	13	25	38
	Proceso de Desarrollo Institucional	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
	Proceso de Direccionamiento Estratégico	0	8	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
APOYO	Oficina Jurídica	2	7	9	1	2	3	1	0	1	0	0	0	2	3	5
	Unidad Funcional de Talento Humano	8	0	8	2	0	2	1	0	1	1	0	1	15	6	21
	Proceso Financiero	22	2	24	12	0	12	1	0	1	0	0	0	10	0	10
	Proceso de Mantenimiento	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	8
	Proceso de Gestión Documental	9	0	9	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8	0	8
	Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos	3	0	3	8	0	8	0	0	0	0	0	0	4	0	4
	Apoyo tecnológico y de información	7	0	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	4
	Atención al Usuario	2	1	3	0	5	5	0	1	1	1	0	0	0	3	5
EVALUACIÓN	Control Interno	4	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	5
	Auditoría Médica	5	0	5	1	0	1	1	0	1	0	0	0	8	0	8

	Procesos	Total de Procedimientos Actualizados	Total de Procedimientos Diseñados	Total de Procedimientos	Total de Instructivos Actualizados	Total de Instructivos Diseñados	Total de Instructivos	Total de Manuales Actualizados	Total de Manuales Diseñados	Total de Manuales	Total de Guías Actualizadas	Total de Guías Diseñados	Total de Guías	Total de Registros Actualizados	Total de Registros Diseñados	Total de Registros
MISIONALES	Proceso de Servicios Quirúrgicos	4	0	4	3	0	3	0	0	0	0	0	0	14	0	14
	Esterilización	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13
	Farmacia	5	0	5	3	0	3	0	0	0	0	0	0	8	0	8
	Consulta Externa	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	19	29
	Laboratorio Clínico	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	0	31
	Cuidado Intensivos e Intermedios	6	0	6	7	0	7	0	0	0	0	0	0	9	0	9
	Urgencias	4	0	4	6	0	6	0	0	0	0	0	0	58	0	58
	Hospitalización	3	0	3	6	0	6	0	0	0	0	0	0	21	0	21
	Nutrición	4	0	4	3	0	3	0	0	0	0	0	0	25	0	25
	Oncología	4	0	4	5	0	5	0	0	0	0	0	0			0
	Banco Metropolitano de Sangre	7	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	61	0	61
	Enfermería	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	8	36
	Apoyo terapéutico y Rehabilitación	2	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	6	2	8
	Formación en Recurso Humano en Salud	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6	6
	Apoyo Diagnóstico	2	11	13	1	6	7	0	2	2	2	0	0	0	22	42



ANEXO N: LISTADO DE FICHA DE INDICADORES DE GESTIÓN

CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE	VERSIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE APROBACIÓN
GC-I-01	Cumplimiento de las Auditorías Programadas	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad (Encargado Auditorías)	Enero de 2009
GC-I-01	Eficacia Del Procesos De Auditorías Ejecutadas	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad (Encargado Auditorías)	Enero de 2009
GC-I-01	Cumplimiento De La Documentación Requerida Por La Entidad	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad (Encargado Auditorías)	Enero de 2009
GC-I-01	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad	Febrero de 2009
GC-I-01	Tasa de Infección intrahospitalaria	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad	Febrero de 2009
GC-I-01	Proporción de vigilancia de Eventos adversos	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad	Febrero de 2009
GC-I-01	Razón de Mortalidad Materna	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad	Febrero de 2009
GC-I-01	Tasa de Satisfacción Global	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad	Febrero de 2009
GC-I-01	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Gestión de Calidad	0.0	Profesional Universitario Oficina de Calidad	Febrero de 2009
DO-I-01	Cumplimiento de actividades desarrolladas en el plan de mercadeo de la E.S.E HUS	Gestión de Desarrollo	0.0	Profesional Universitario Oficina de Desarrollo Institucional	Noviembre de 2008
DO-I-01	Proyectos aprobados y desarrollados por la E.S.E HUS	Gestión de Desarrollo	0.0	Profesional Universitario Oficina de Desarrollo Institucional	Noviembre de 2008
DO-I-01	Procedimientos manejo de comunicaciones interna y externas de la ESE HUS	Gestión de Desarrollo	0.0	Profesional Universitario Oficina de Desarrollo Institucional	Noviembre de 2008
DO-I-01	Procedimiento planeación y seguimiento de los sistemas de gestión de la ESE HUS	Gestión de Desarrollo	0.0	Profesional Universitario Oficina de Desarrollo Institucional	Noviembre de 2008
DIR-I-01	Cumplimiento cronograma actividades plan de desarrollo	Direccionamiento Estratégico	0.0	Gerente de la E.S.E HUS	Diciembre de 2008
DIR-I-01	Cumplimiento cronograma vulnerabilidad sísmica y reforzamiento estructural	Direccionamiento Estratégico	0.0	Gerente de la E.S.E HUS	Diciembre de 2008


DIR-I-01	Cumplimiento cronograma asistencia técnica para mejorar el desempeño de la ESE HUS respecto a los estándares de habilitación y al componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud	Direccionamiento Estratégico	0.0	Gerente de la E.S.E HUS	Diciembre de 2008
DIR-I-01	Cumplimiento cronograma humanización de los servicios de salud	Direccionamiento Estratégico	0.0	Gerente de la E.S.E HUS	Diciembre de 2008
DIR-I-01	Cumplimiento cronograma ventas de servicios de salud al régimen contributivo y regímenes especiales	Direccionamiento Estratégico	0.0	Gerente de la E.S.E HUS	Diciembre de 2008
DIR-I-01	Porcentaje de recuperación de cartera	Direccionamiento Estratégico	0.0	Gerente de la E.S.E HUS	Diciembre de 2008
PROCESOS MISIONALES					
CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE	VERSIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE APROBACIÓN
CEX-I-01	Proporción de cancelación de cirugía programada	Consulta Externa	0.0	Sub-gerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo terapéutico	Febrero de 2009
CEX-I-01	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Consulta Externa	0.0	Sub-gerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo terapéutico	Febrero de 2009
ADX-I-01	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	Consulta Externa	0.0	Sub-gerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo terapéutico	Febrero de 2009
QX-I-01	Proporción de cancelación de cirugía programada	Servicios Quirúrgicos	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Alto Costo	Febrero de 2009
QX-I-01	Oportunidad en la realización de cirugía programada	Servicios Quirúrgicos	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Alto Costo	Febrero de 2009
URG-I-01	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Urgencias	0.0	Sub-gerente de Servicios Médicos Sub-Gerente de Servicios de la Mujer y la Infancia	Junio de 2009
URG-I-01	Porcentaje de mortalidad en el área de urgencias	Urgencias	0.0	Sub-gerente de Servicios Médicos Sub-Gerente de Servicios de la Mujer y la Infancia	Junio de 2009
FAR-I-01	Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Farmacia	0.0	Sub-gerente de Servicios Médicos	Febrero de 2009
ENF-I-01	Porcentaje de eventos adversos presentados atribuibles a enfermería	Enfermería	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Enfermería	Noviembre de 2008

ENF-I-01	Satisfacción del usuario frente al cuidado de enfermería	Enfermería	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Enfermería	Noviembre de 2008
ENF-I-01	Cumplimiento de protocolos y guías de cuidado de enfermería	Enfermería	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Enfermería	Noviembre de 2008
ENF-I-01	Numero de glosas atribuibles a enfermería	Enfermería	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Enfermería	Noviembre de 2008
ENF-I-01	Cobertura curso de inducción para nuevos ejecutores de procesos de enfermería , auxiliar de enfermería, camilleros y mensajería asistencial	Enfermería	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Enfermería	Noviembre de 2008
ENF-I-01	Numero de protocolos y guías elaboradas y actualizadas	Enfermería	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Alto Costo	Noviembre de 2008
UCI-I-01	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios	0.0	Sub-Gerente de Servicios de Alto Costo	Febrero de 2009
PROCESOS DE APOYO					
CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE	VERSIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE APROBACIÓN
GAU-I-01	Total de quejas recepcionadas	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Total de quejas solucionadas	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Total de quejas solucionadas verbales	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Total de quejas solucionadas escritas	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Total de quejas en trámite	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Total de quejas solucionadas que se encontraban en tramite	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Satisfacción cliente externo del HUS	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
GAU-I-01	Cumplimiento de metas propuestas por el proceso de atención al usuario	Atención al Usuario	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Atención al Usuario	Septiembre de 2008
MAT-I-01	Eficacia en el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo	Mantenimiento	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Mantenimiento	Marzo de 2009
JO-I-01	Total de cumplimiento tramite procedimientos contractuales	Jurídica	0.0	Profesional Universitario de la Oficina Jurídica	Octubre de 2008

JO-I-01	Total de cumplimiento tramite cobro pre jurídico y jurídico cartera	Jurídica	0.0	Profesional Universitario de la Oficina Jurídica	Octubre de 2008
JO-I-01	Total de cumplimiento tramite cobro pre jurídico y jurídico cartera	Jurídica	0.0	Profesional Universitario de la Oficina Jurídica	Octubre de 2008
JO-I-01	Total de cumplimiento acciones constitucionales y procesos administrativos	Jurídica	0.0	Profesional Universitario de la Oficina Jurídica	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de cumplimiento del plan anual de capacitación y formación	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de cubrimiento del plan anual de capacitación	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de intensidad del plan anual de capacitación	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de ejecución presupuestal del plan anual de capacitación	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de eficacia de la formación para el plan anual de capacitación	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de cumplimiento del programa de inducción	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de cubrimiento del programa de inducción	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de eficacia de la formación para el programa de inducción	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de cumplimiento del programa de bienestar social e incentivos	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de cubrimiento del programa de bienestar social e incentivos	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Total de ejecución presupuestal del programa de bienestar social e incentivos	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
GTH-I-01	Cumplimiento de metas propuestas por el proceso de la unidad funcional de talento humano	Gestión de Talento Humano	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Gestión de Talento Humano	Octubre de 2008
PROCESOS DE EVALUACIÓN					
CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE	VERSIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE APROBACIÓN
ADM-I-01	Porcentaje de auditorias medicas concurrentes efectuadas	Auditoría Médica	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Calidad	Abril de 2009
ADM-I-01	Evaluación de la aplicación de las guías de atención	Auditoría Médica	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Calidad	Abril de 2009
CI-I-01	Eficacia en el cumplimiento del plan de acción	Control Interno	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Control Interno	Octubre de 2008

CI-I-01	Eficacia en la auditoría interna	Control Interno	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Control Interno	Noviembre de 2008
CI-I-01	Efectividad en la presentación de los planes de mejora a los hallazgos encontrados	Control Interno	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Control Interno	Noviembre de 2008
CI-I-01	Eficiencia en los trámites de los requerimientos recibidos	Control Interno	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Control Interno	Noviembre de 2008
CI-I-01	Eficiencia de las asesorías solicitadas por las dependencias	Control Interno	0.0	Profesional Universitario de la Oficina de Control Interno	Noviembre de 2008

ANEXO K: DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
	Diagnóstico Final del Sistema de Gestión de Calidad

Req. No	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NTC GP 1000-2004	CRITERIOS DE EVALUACIÓN										PUNTAJE %				OBSERVACIONES			
		ESTADO DEL REQUISITO										DEBE	SU.SCP	SUB.CAP	CAP				
		N/A	A/NR	A/ND	P/D	P/NA	P/IM	P/SMA	AUD	MJC									
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD												29,6%						
	Requisitos Generales													45,0%					
4.1	La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC GP 1000-2004.										X				14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.1 (a)	la entidad debe identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado; incluyendo los procesos estratégicos, misionales, apoyo y evaluación.													X	100%				
4.1 (b)	la entidad debe determinar la secuencia e interacción de estos procesos. (Mapa de procesos)													X	100%				
4.1©	la entidad debe determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes													X	100%				
4.1 (d)	Debe asegurarse la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos													X	14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.1 (e)	Debe realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos				X										4%				El requisito se encuentra documentado, ya que existe actualmente una ficha de
4.1 (f)	Debe implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos													X	14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

Control de Documentos												11,5%				
4.2.3	Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse.				X		X					4%				Se diseño y documento un proceso de control de documentos y registros
4.2.3 (a)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.						X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.2.3 (b)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente						X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.2.3 (c)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos						X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.2.3 (d)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso						X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.2.3 (e)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables						X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.2.3 (f)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución						X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
4.2.3 (g)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón						X					4%				Se diseño y documento un proceso de control de documentos y registros

Control de Registros												10,7%						
4.2.4	Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables									X			14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación	
	Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, acorde con las disposiciones legales vigentes sobre la									X				4%				Se diseño y documento un proceso de control de documentos y registros
	Las entidades deben identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables sobre el control de los registros (por ejemplo la Ley 594 de 2000)									X				14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de
5	RESPONSABILIDADES POR LA DIRECCIÓN														29,0%			
5.1	Compromiso de la Dirección: La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad mediante:											48,4%						
5.1 (a)	La comunicación a los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas de la entidad acerca de la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales										X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación	
5.1 (b)	La determinación de la política de la calidad											X	100%					
5.1 (c)	La seguridad de que se establecen los objetivos de la calidad											X	100%					
5.1 (d)	La realización de las revisiones por la dirección									X			14%				El requisito se encuentra aprobado,	
5.1 (e)	El aseguramiento de la disponibilidad de recursos									X			14%				El requisito se encuentra aprobado,	
5.2	Enfoque al Cliente														14,0%			
	La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente										X			14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

5.3		La Política de Calidad debe ser:										71,3%				
5.3 (a)	Adecuada a la misión de la entidad										X	100%				
5.3 (b)	ser aplicable al tipo de entidad, coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos										X	100%				
5.3 (c)	Debe incluir un compromiso de cumplir con los requisitos de sus clientes, de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad, y dentro del marco de su misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del Estado, definidos constitucionalmente										X	100%				
5.3 (d)	debe proporcionar un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad									X		14%				Se han actualizado y mejorado los objetivos de la calidad en el hospital
5.3 (e)	se debe comunicar a todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad, y es entendida por ellos									X		14%				Actualmente el proceso de comunicación interna y externa en la ESE HUS esta en proceso de mejora
5.3 (f)	se debe revisar para su adecuación continua										X	100%				
5.4		Planificación.										28,3%				
5.4.1	Objetivos de Calidad											42,7%				
	La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluidos aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto y/o servicio (véase el numeral 7.1, literal a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la entidad										X		14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	Los objetivos de la calidad deben ser mensurables y coherentes con la política de la calidad											X	100%			
	Cuando una entidad establezca y revise sus objetivos de calidad, debe considerar el marco legal que lo circunscribe y los recursos financieros, humanos y operacionales con los que cuenta										X		14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad: La Alta Dirección debe asegurarse de que:											14,0%			
5.4.2 (a)	la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad						X					14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
5.4.2 (b)	se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste						X					14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
5.5	Responsabilidad, Auditoría y Comunicación.												15,4%		
	Responsabilidad y Autoridad												14,0%		
5.5.1	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la entidad						X					14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
5.5.2	Representante de la Dirección: La alta dirección debe designar un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:												18,3%		
5.5.2 (a)	Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para la implementación del sistema de gestión de la calidad						X					14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
5.5.2 (b)	Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora						X					14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
5.5.2 ©	Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la entidad.									X		100%			

5.6.2 (g)	Las recomendaciones para la mejora					X						4%		Hasta ahora el proceso de atención al usuario se esta implementando
5.6.2 (h)	Los riesgos actualizados e identificados para la entidad									X		14%		El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
5.6.3	Resultados de la Revisión: Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:											42,7%		
5.6.3 (a)	La mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y sus procesos									X		14%		El requisito se encuentra aprobado,
5.6.3 (b)	La mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente										X	100%		
5.6.3 (c)	Las necesidades de recursos									X		14%		El requisito se encuentra aprobado,
6	GESTIÓN DE RECURSOS											35,5%		
	Provisión de Recursos											63,5%		
6.1 (a)	La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad										X	27%		Estan en proceso de formulacion del presupuesto para el próximo año
6.1 (b)	La entidad debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos										X	100%		
6.2	Talento Humano											12,0%		
	Generalidades											14,0%		
6.2.1	Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas que realicen trabajos que afecten la calidad del producto y/o servicio deben ser competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas									X		14%		El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
6.2.2	Competencia, Toma de Conciencia y Formación: La entidad debe:											31,2%		

7	REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO											14,1%		
	Planificación de la prestación del servicio											12,6%		
7.1	La entidad debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio.						X					14%		El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (véase el numeral 4.1).						X					14%		
7.1. (a)	Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto y/o servicio						X					14%		
7.1. (b)	Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto y/o servicio						X					14%		
7.1. (c)	Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo / prueba específicas para el producto y/o servicio, así como los criterios para la aceptación de éste						X					14%		
7.1. (d)	Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio resultante cumplen los requisitos (véase el numeral						X					14%		
7.1. (e)	Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado el formato de presentación de los resultados de esta planificación debe ser adecuado para la forma de operación de la entidad				X							4%		Existen formatos para este proceso pero no se han implementado

7.2	Procesos relacionados con el cliente											37,1%		
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio: La entidad debe determinar:											57,0%		
7.2.1 (a)	Los requisitos especificados por el cliente, incluidos los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a ésta									X	100%			
7.2.1 (b)	los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido									X	100%			
7.2.1 (c)	los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio						X				14%			El requisito se encuentra aprobado,
7.2.1 (d)	cualquier requisito adicional determinado por la entidad						X				14%			El requisito se encuentra aprobado,
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio											42,7%		
7.2.2	La entidad debe revisar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. Esta revisión debe efectuarse antes de que la entidad se comprometa a proporcionar un producto y/o servicio al cliente.						X				14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
7.2.2 (a)	Debe asegurarse de que los equipos están definidos los requisitos del producto y/o servicio.									X	100%			
7.2.2 (b)	Debe asegurarse de que los equipos están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos definidos y los expresados previamente,						X				14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de
7.2.2 (c)	Debe asegurarse de que los equipos la entidad tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos									X	100%			
7.2.2	Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por ésta (véase el numeral 4.2.4).						X				14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de
7.2.2	Cuando se cambien los requisitos del producto y/o servicio, la entidad debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados						X				14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

7.4.2 Información para la Adquisición de Bienes o Servicios												57,0%					
7.4.2 (a)	La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado requisitos para la aprobación del producto y/o servicio, procedimientos, procesos y											X	100%				
7.4.2 (b)	La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado los requisitos para la calificación del personal											X	14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
7.4.2 (c)	La información descrita en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables del producto y/o servicio por adquirir, debe incluir, cuando sea apropiado los requisitos del sistema de gestión de la calidad											X	14%				
7.4.2	La entidad debe asegurarse de la adecuación de los requisitos para la adquisición de bienes y servicios especificados, antes de comunicárselos al proveedor											X	100%				
Verificación de los productos y/o servicios.												27,0%					
7.4.3	La entidad debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto o servicio adquirido cumple con lo especificado en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.											X	100%				
	La entidad debe establecer en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables las especificaciones para la verificación pretendida y el método para la aceptación del producto y/o servicio.											X	14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
7.5	Producción y prestación del servicio.											23,8%					
7.5.1	Control de la prestación del servicio: La entidad debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.													23,4%			
7.5.1 (a)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la disponibilidad de la información que describa las características del producto y/o servicio.											X	14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
7.5.1 (b)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario												14%				

7.5.1 ©	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, el uso del equipo apropiado									X	100%				
7.5.1 (d)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición				X						4%				
7.5.1 (e)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la implementación del seguimiento y de la medición								X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
7.5.1 (f)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, la implementación de actividades de aceptación, entrega y posteriores a la entrega								X		14%				
7.5.1 (g)	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable, los riesgos de mayor probabilidad				X						4%				
	Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio.											9,7%			
7.5.2	La entidad debe validar aquellos procesos de producción dónde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores									X	14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados									X	14%				
7.5.2 (a)	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable los criterios definidos para la revisión y aprobación de los				X						4%				
7.5.2 (b)	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable la aprobación de equipos y calificación de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas								X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
7.5.2 ©	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable el uso de métodos y procedimientos específicos				X						4%				
7.5.2 (d)	los requisitos de los registros (véase el numeral 4.2.4), y relevancia				X						4%				
7.5.2 (e)	La identidad debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluidos, cuando sea aplicable la revalidación								X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

Identificación y Trazabilidad												18,3%					
7.5.3	Cuando sea apropiado, la entidad debe identificar el producto y/o servicio por medios adecuados, a través de toda la realización del producto y/o prestación del servicio.							X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	La entidad debe identificar el estado del producto y/o servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición								X				27%				
	Cuando la trazabilidad sea un requisito, la entidad debe controlar y registrar la identificación única del producto y/o servicio (véase el numeral 4.2.4).							X					14%				
Propiedad del Cliente												57,0%					
7.5.4	La entidad debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control o los esté usando.										X		100%				
	La entidad debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio. Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso, debe ser registrado (véase el numeral 4.2.4) y su estado comunicado al cliente							X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
Preservación del Producto y/o Servicio												14,0%					
7.5.5	La entidad debe preservar la conformidad del producto y/o servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta preservación debe incluir, según sea aplicable, la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto y/o servicio							X					14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

Control de Dispositivos de Seguimiento y Medición												6,4%				
7.6	La entidad debe determinar el seguimiento y la medición por realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos determinados (véase el numeral 7.2.1).				X							4%				El requisito se encuentra documentado, ya que existe actualmente una ficha de indicadores para cada uno de los procesos
	La entidad debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y de que se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.				X							4%				
7.6 (a)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales cuando no existan tales patrones, debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación;				X							4%				
7.6 (b)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe ajustarse o reajustarse según sea necesario;							X				14%				
7.6 (c)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe identificarse para poder determinar el estado de calibración				X							4%				El requisito se encuentra documentado, ya que existe actualmente una ficha de indicadores para cada uno de los procesos
7.6 (d)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la				X							4%				
7.6 (e)	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento				X							4%				
7.6	La entidad debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos.				X							2%				
	La entidad debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado.							X				14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de
	Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación (véase el numeral 4.2.4).				X							2%				
	Debe confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando estos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Esto debe llevarse a cabo antes de iniciar su utilización y confirmarse nuevamente cuando se necesario.,								X				14%			

8	MEDICIÓN DE ANÁLISIS Y DESARROLLO										9,5%		
8.1	Generalidades: La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:											14,0%	
8.1 (a)	Demostrar la conformidad del producto y/o servicio						X					14%	El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
8.1 (b)	Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad						X					14%	
8.1 (c)	Mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad						X					14%	
8.2	Seguimineto y Medición											7,6%	
8.2.1	Satisfacción del Cliente											14,0%	El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad.							X					
	Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.						X					14%	
8.2.2	Auditoría Interna: La entidad debe llevar a cabo, a intervalos planificados, auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:											21,0%	
8.2.2 (a)	Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta norma y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad				X							4%	
8.2.2 (b)	Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva						X					14%	El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación

8.2.2	Se debe planificar un programa de auditorías internas tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar, así como los resultados de auditorías previas.				X						4%						
	Se deben definir los criterios de la auditoría interna, su alcance, su frecuencia y metodología.									X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación	
	La selección de los auditores y la realización de las auditorías internas deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.											X	100%				
	Deben definirse, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías internas, para informar acerca de los resultados y para mantener los registros (véase el numeral 4.2.4										X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	La dirección es responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas										X		14%				El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase el numeral 8.5.2).										X		4%				
Seguimiento y Medición de los Procesos												4,0%					
8.2.3	La entidad debe aplicar un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Este sistema debe demostrar la eficacia, eficiencia y efectividad. .				X							4%					
	Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del producto y/o servicio				X								4%				El requisito se encuentra documentado, ya que existe actualmente una ficha de indicadores para cada uno de los procesos
	El sistema de evaluación debe facilitar el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas.				X								4%				
	Los resultados pertinentes deben estar disponibles y ser difundidos de manera permanente en las páginas electrónicas, cuando se cuente con ellas				X								4%				

Seguimiento y medición del Servicio												7,3%					
8.2.4	La entidad debe medir y hacer un seguimiento de las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto y/o prestación del servicio según las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1).				X							4%					
	Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la entrega del producto y/o prestación del servicio (véase el numeral 4.2.4).										X		14%				
	La aceptación del producto y la prestación del servicio no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (véase el numeral 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente				X								4%				
Control de Servicio no Conforme												4,0%					
8.3	La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.				X							4%					
	Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme deben estar definidos en un procedimiento documentado.				X								4%				
8.3 (a)	La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada				X							4%					
8.3 (b)	La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante la autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente				X							4%					
8.3 (c)	La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto				X							4%					
8.3	Se deben mantener registros (véase el numeral 4.2.4) de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido				X							4%					
	Cuando se corrija un producto y/o servicio no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos				X							4%					
	Cuando se detecte un producto y/o servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la entidad debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no				X							4%					
Actualmente se encuentra documentado un procedimiento de producto no conforme, el cual ya ha sido aprobado en comité de calidad, y pasara a etapa de implementación																	

8.5	Mejora											14,0%			
8.5.1	Mejora Continua											14,0%			
	La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, el sistema de evaluación para seguimiento y medición, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.							X				14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
8.5.2	Acciones Correctivas											14,0%			
	La entidad debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades							X				14%			El requisito se encuentra aprobado, actualizado y en proceso de implementación
	8.5.2 (a) Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para revisar las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes),							X				14%			
	8.5.2 (b) Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para determinar las causas de las no conformidades							X				14%			
	8.5.2 (c) Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir							X				14%			
	8.5.2 (d) Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para determinar e implementar las acciones necesarias							X				14%			
	8.5.2 (e) Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4),							X				14%			
	8.5.2 (f) Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para revisar las acciones correctivas tomadas							X				14%			

Acción Preventiva												4,0%				
8.5.3	La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales				X							4%				
8.5.3 (a)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas				X							4%				
8.5.3 (b)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades				X							4%				
8.5.3 (c)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para determinar e implementar las acciones necesarias				X							4%				
8.5.3 (d)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numera 4.2.4),				X							4%				
8.5.3 (e)	Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para revisar las acciones preventivas tomadas				X							4%				

Actualmente se encuentra documentado un procedimiento de mejora continua, en el cual se estipula que se deberán realizar acciones preventivas en la ESE HUS